

Interventie

Zorgprogramma Vermogen voor Volwassenen

Erkenning

Erkend door deelcommissie Justitiële interventies

Datum: 1 juni 2022

Oordeel: Goed onderbouwd

De referentie naar dit document is: Hoogsteder (26 juli 2021).

Justitieinterventies.nl: beschrijving Zorgprogramma Vermogen voor Volwassen. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut, Movisie en Trimbos instituut. Gedownload van www.justitieinterventies.nl.

Inhoud

Inhoud	3
Samenvatting	4
Doelgroep	4
Doel	4
Aanpak	4
Materiaal.....	4
Onderbouwing.....	5
Onderzoek.....	5
1. Uitgebreide beschrijving.....	6
1.1 Doelgroep.....	6
1.2 Doel	9
1.3 Aanpak	11
2. Uitvoering	17
3. Onderbouwing.....	20
4. Onderzoek.....	31
5. Samenvatting Werkzame elementen	33
6. Aangehaalde literatuur	34

Samenvatting

Het ambulante Zorgprogramma Vermogen voor volwassenen (vanaf nu Zorgprogramma Vermogen) is bedoeld voor volwassen mannen en vrouwen die voornamelijk vermogensdelicten plegen en onderverdeeld kunnen worden in drie subdoelgroepen. Het primaire doel van het zorgprogramma is het stoppen met of het verminderen van het plegen van vermogensdelicten. Het vermogensprogramma is grotendeels een individuele behandeling die gebruik maakt van een cognitieve gedragsmatige aanpak en het structureel aanbieden van doe-oefeningen (experientiële technieken (dramatherapie) en indien van toepassing aangepaste mindfulness oefeningen). Indien nodig is er continu aandacht is voor het motiveren. Voor het leveren van maatwerk wordt er per subdoelgroep een set standaard modules aangeboden. Afhankelijk van de problematiek is het daarnaast mogelijk om passende optionele modules aan te bieden. De duur van de interventie is afhankelijk van het leertempo en de ernst van de problematiek en kan variëren van vijf maanden tot maximaal anderhalf jaar.

Doelgroep

Dit zorgprogramma is bedoeld voor mannen en vrouwen vanaf 18 jaar die één of meer vermogensdelicten hebben gepleegd. Er is sprake van een IQ-score boven de 80 en een matig, hoog of zeer hoog algemeen recidiverisico. Er is vaak sprake van psychosociale en/of biopsychiatrische problematiek en comorbiditeit. De doelgroep kan onderverdeeld worden in de volgende drie subgroepen:

1. cliënten met een overwegend antisociaal persoonlijkheidsprofiel;
2. cliënten bij wie het plegen van vermogensdelicten voortkomt uit disfunctionele coping;
3. cliënten bij wie sprake is van problematisch middelengebruik in combinatie met antisociale cognities en emotieregulatieproblematiek.

Doel

Het primaire doel van het zorgprogramma is het stoppen of verminderen van het plegen van vermogensdelicten en het reduceren van de kans op recidive (terugval) van algemeen delictgedrag in de toekomst.

Aanpak

Het Zorgprogramma Vermogen is grotendeels een individuele behandeling die gebruik maakt van cognitief gedragstherapeutische elementen in combinatie met ervaringsgerichte oefeningen (experientiële technieken en rollenspelen) en indien van toepassing bewerkte *mindfulness*-oefeningen (vooral de tweede en derde subdoelgroep). Voor het leveren van maatwerk wordt er per subdoelgroep een set standaard modules aangeboden. Afhankelijk van de problematiek is het daarnaast mogelijk om passende optionele modules aan te bieden. De duur van de interventie is afhankelijk van het leertempo en de ernst van de problematiek en kan variëren van vijf maanden tot maximaal anderhalf jaar. Een individuele sessie vindt minimaal eens per week plaats en duurt minimaal een uur. De intensiteit kan echter oplopen tot drie keer per week als het gaat om een zeer hoog recidiverisico. Bij toepassing van de groepsmodule kan het individuele aanbod verlaagd worden naar eens per drie weken.

Materiaal

Het materiaal van de interventie bestaat uit diverse handleidingen, zoals een theoretische handleiding, een programma- en managementhandleiding voor de behandelaar en managers van een instelling. De inhoud van het programma is voor cliënt en de behandelaar nauwkeurig beschreven in drie standaard modules (met optionele onderdelen), namelijk de Startmodule, de module Invloed van het denken en de module Netwerk. Deze modules worden aan alle cliënten aangeboden die geïndiceerd zijn voor het zorgprogramma Vermogen. Daarnaast zijn er nog vijf modules die afhankelijk van de subdoelgroep standaard of optioneel ingezet worden. Het gaat om de modules Stressreductie, Zelfbeheersing, Emotieregulatie, Oplossingsvaardigheden en Zelfbeeld. Verder bestaat er een optionele groepsmodule die specifiek bedoeld is voor vrouwelijke winkeldieftegges (subdoelgroep 2). Ook kan er, ter ondersteuning van de behandeling, gebruik gemaakt worden van videofragmenten en eHealthmateriaal via Minddistrict. Voor de werving kan er gebruik gemaakt worden van een folder.

Onderbouwing

Het verklarings- en veranderingsmodel van het zorgprogramma is gebaseerd op het biopsychosociaal model (Dodge & Pettit, 2003). Hierbij wordt specifiek stilgestaan bij de sociale controletheorie (Hirschi, 1969) en de theorie over de kosten-baten analyse (Cromwell & Olson, 2006). Deze specifieke theorieën verklaren hoe het plegen van een vermogensdelict bij de verschillende subdoelgroepen tot stand komt en voortduurt en hoe de factoren die het probleemgedrag veroorzaken met elkaar samenhangen. Het toegepaste veranderingsmodel beschrijft vervolgens hoe en met welke methoden en technieken (werkzame elementen) de algemene dynamische criminogene risicofactoren die uit het verklaringsmodel naar voren zijn gekomen en die per subdoelgroep deels verschillen, verminderd kunnen worden. Dit is nodig om gedragsverandering en een afname van recidive te realiseren.

Onderzoek

Er heeft een procesevaluatie plaatsgevonden naar de uitvoering van het zorgprogramma Vermogen (Hoogsteder et al, 2021). Tijdens dit onderzoek werden 9 programmaverantwoordelijken betrokken, 12 behandelaars en 14 cliënten. Zij zijn geïnterviewd en/of er werden door hen diverse vragenlijsten ingevuld. De resultaten toonden onder andere aan dat er voldoende draagvlak is voor het zorgprogramma en dat de programma-integriteit in orde was (er werden voldoende werkzame elementen toegepast). Cliënten beoordeelden het zorgprogramma met een 8. De mate waarin zij grip op hun problemen hadden werd bij aanvang gescoord met een 4.3 en bij afronding van de behandeling met een 8.3. Ze gaven een 7.3 op de vraag in hoeverre het zorgprogramma geholpen heeft om meer grip te krijgen op de problemen die bij hen spelen. Verder scoorden zij op de vraag of ze vertrouwen hebben door het volgen van de behandeling geen vermogensdelicten meer te zullen plegen met een 7,8.

1. Uitgebreide beschrijving

1.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

Dit zorgprogramma is bedoeld voor mannen en vrouwen vanaf 18 jaar die voornamelijk vermogensdelicten plegen. Er is sprake van een IQ-score boven de 80 en een matig, hoog of zeer hoog algemeen recidiverisico en twee of meer op elkaar inwerkende criminogene risicodomeinen. Dossieronderzoek (Hoogsteder, 2022) met cliënten die de laatste 5 jaar bij de Waag zijn behandeld voor het plegen van vermogensdelicten laat zien dat de doelgroep onderverdeeld kan worden in drie subgroepen:

1. cliënten met een overwegend antisociaal persoonlijkheidsprofiel.
2. cliënten bij wie het plegen van vermogensdelicten voortkomt uit disfunctionele coping.
3. cliënten bij wie sprake is van problematisch middelengebruik in combinatie met antisociale cognities en emotieregulatieproblematiek.

1. Cliënten met een overwegend antisociaal persoonlijkheidsprofiel.

De eerste subdoelgroep kenmerkt zich door een antisociale persoonlijkheidsprofiel, er is sprake van een antisociale houding en antisociale disfunctionele cognities die het plegen van vermogensdelicten rechtvaardigen. Er is (deels) een antisociaal netwerk aanwezig (Boduszek et.al., 2013; Passini, 2012). De disfunctionele cognities en het gedrag worden vaak versterkt door de criminele attitude van het antisociale netwerk (Belmi et.al., 2015; Boduszek et.al., 2013). Het plegen van vermogensdelicten hoort bij de levensstijl, er is geen tot weinig sprake van berouw (Ioannu et. al., 2015). Cliënten die onder deze categorie vallen, geven vaak aan dat het hen veel oplevert, waaronder geld, het vinden van aansluiting bij een “vriendenkring”. Bovendien leidt het tot status (Passini, 2012) en het ervaren van voldoende sensatie (Ioannu et. al., 2015).

2. Cliënten bij wie het plegen van vermogensdelicten voortkomt uit disfunctionele coping.

Bij de tweede subdoelgroep bestaat het delictgedrag meestal uit stelen. Het steelgedrag komt voort uit het ervaren van vervelende emoties die leiden tot een impuls (innerlijke drang) in stelen waar beperkt tot geen weerstand aan kan worden geboden (Van Deth, 2017). Het stelen kan een gevoel van controle geven en/of het helpt om vervelende (ondraaglijke) gevoelens te verminderen of te laten verdwijnen (Zhang et al., 2018). Ook blijkt uit praktijkervaringen dat het stelen van luxe producten bij een deel van de groep tijdelijk kan leiden tot een beter beeld over zichzelf waardoor de vervelende emoties worden onderdrukt/gecompenseerd. De vervelende gevoelens die worden ervaren komen onder andere voort uit een laag zelfbeeld en/of traumatische ervaringen en kunnen worden versterkt door het hebben van geldproblemen. Vaak wordt er onvoldoende steun vanuit het netwerk ervaren, omdat de problemen die spelen meestal onbekend zijn, het wordt geheim gehouden. Kortom, bij deze subdoelgroep gaat het vaak om steelgedrag dat voortkomt uit inadequate coping. Bij deze subgroep staan de criminogene risicofactoren impulsiviteit (sterke aandrang tot) en een beperkt vermogen om emoties te reguleren (Grant & Chamberlain, 2018; Sipowicz & Kujawski, 2018) op de voorgrond. De winkeldievegges vallen onder deze subdoelgroep en komen het vaakst voor.

3. Cliënten bij wie sprake is van problematisch middelengebruik in combinatie met antisociale cognities en emotieregulatieproblematiek.

Bij de derde subdoelgroep is in ieder geval sprake van problematisch middelengebruik (PMG), antisociale cognities en emotieregulatieproblematiek, veelal in combinatie met het hebben van schulden. Het niet kunnen verdragen van heftige negatieve emoties heeft geleid tot PMG. Bij deze subdoelgroep is verder sprake van een gebrekkige impulscontrole en een laag zelfbeeld (al wordt dit niet altijd door de cliënten zelf zo gezien; Turanovic et. al., 2015). Het PMG heeft het antisociale gedrag veroorzaakt of versterkt (Colman et al, 2012; Felson et al., 2015; Sutherland et. al., 2015), en zorgt voor een toename van de antisociale cognities die het delictgedrag goedpraten.

Bij alle subgroepen is het van belang om te bepalen in welke mate er sprake is van impulsiviteit (dit is hoe dan ook aan de orde bij de laatste twee subdoelgroepen, maar de ernst kan verschillen). Een sterke mate van impulsiviteit versterkt immers de drang tot directe (materiële) behoeftebevrediging voortkomend uit antisociaal gedrag, de drang tot stelen als coping of PMG.

Bij alle drie de subgroepen is het plegen van vermogensdelicten onderdeel van een psychosociale en/of (bio)psychiatrische problematiek. Er is tenminste sprake van een andere gespecificeerde disruptieve, impulsbeheersings- of andere gedragsstoornis en/of de Oppositionele-Opstandige Stoornis (ODD) en/of normafwijkend gedragsstoornis en/of (sterke trekken) van een persoonlijkheidsstoornis (voornamelijk cluster B) of kleptomanie. Vaak is er sprake van comorbiditeit, bij de doelgroep gaat het dan vaak om de aanwezigheid van ADHD en/of problematisch middelenmisbruik en/of traumagerelateerde problematiek.

Intermediaire doelgroep

Geen. Wel wordt er actief geprobeerd om relevante systeemleden te betrekken bij de behandeling voor het verkrijgen van meer steun en voor het naleven van het preventieplan.

Selectie van doelgroepen

De cliënt wordt (in overleg) via een verwijzer¹ aangemeld bij de forensische behandelinstelling. Zo spoedig mogelijk na ontvangst van de aanmelding volgt een intakegesprek uitgevoerd door een regiebehandelaar. Voordat de cliënt wordt uitgenodigd voor een intakegesprek is al bekeken of er contra-indicaties zijn voor het volgen van een behandeling bij een forensische behandelinstelling. Tijdens het intakegesprek volgt een voorlopige indicatie voor het zorgprogramma. Daarna wordt door de betrokken behandelaar(s) een initieel behandelplan opgesteld en vervolgens samen met de cliënt besproken. Dit plan bevat behandeldoelen voor de voorbereidende fase van de behandeling. Zo maakt in deze fase bijvoorbeeld een risicotaxatie deel uit van de behandelgesprekken. De uitkomst van de risicotaxatie en eventuele andere (screenings)lijsten die zijn afgenomen, wordt besproken in een multidisciplinair teamoverleg (MDO) en is bepalend voor de definitieve indicatietelling. De regiebehandelaar is eindverantwoordelijk voor de uiteindelijke behandelindicatie en zorgt ervoor dat de bevindingen worden teruggekoppeld aan de cliënt.

1.2.3 Indicatiecriteria

1. De cliënt beheerst de Nederlandse taal in voldoende mate zodat hij kan profiteren van het aanbod;
2. De cliënt heeft een IQ van 80 of hoger. Tijdens de intake wordt de SCIL toegepast om te screenen op LVB. Mocht het instrument aangeven dat er mogelijk sprake is van LVB, dan wordt de WAIS afgenomen en de ADAPT (observatielijst adaptieve vaardigheden; Jonker et al., 2021);
3. De cliënt is 18 jaar of ouder;
4. De cliënt heeft minimaal een vermogensdelict gepleegd en heeft een matig, hoog of zeer hoog algemeen recidiverisico (gemeten met de Forensisch Ambulante Risico Evaluatie: FARE; van Horn et al., 2016);
5. Bij de doelgroep is tenminste sprake van een andere gespecificeerde disruptieve, impulsbeheersingsstoornis en/of de Oppositionele-Opstandige Stoornis (ODD) en/of normafwijkend gedragsstoornis en/of (sterke trekken) van een persoonlijkheidsstoornis (voornamelijk cluster B) of kleptomanie al dan niet gecombineerd met ADHD en/of problematisch middelenmisbruik, traumagerelateerde klachten of een andere vorm van comorbiditeit.
6. De cliënt die valt onder subdoelgroep 1. scoort op de FARE tenminste matig of (zeer) hoog op delinquent sociaal netwerk en een antisociale houding en gemiddeld een 3 of hoger op de Lijst Irrationele Gedachten Vermogen. De cliënt die valt onder subdoelgroep 2. scoort op de FARE hoog of zeer hoog op gebrekkige impulscontrole (vanwege de sterke drang tot het plegen van vermogensdelicten) en matig of hoger op disfunctionele oplossingsvaardigheden vanwege emotieregulatieproblematiek. De cliënt die valt onder subdoelgroep 3. scoort bij de FARE matig tot (zeer) hoog op problematisch middelengebruik, zo ook op gebrekkige impulscontrole (vanwege de drang tot middelengebruik en de invloed van PMG op de impulsiviteit), en op disfunctionele oplossingsvaardigheden. Daarnaast scoort de cliënt gemiddeld een 2,5 of hoger op de Lijst Irrationele Gedachten Vermogen.

¹ Verwijzers zullen vooral reclasseringsorganisaties, DJI of de Rechtelijke Macht zijn. Als de aanmelding vrijwillig is, zal de verwijzing via een huisarts verlopen.

Indicatiecriteria van modules/interventies

Er zijn drie standaard modules die aan alle cliënten worden aangeboden, namelijk de Startmodule, de Netwerk module en de module Invloed van het denken. Daarnaast zijn er vijf modules die afhankelijk van de subdoelgroep standaard of optioneel kunnen worden ingezet, zo ook een optionele groepsmodule voor subdoelgroep 2. Om te bepalen of een module die niet standaard wordt aangeboden bij een subdoelgroep toch geïndiceerd is, wordt er gebruik gemaakt van een checklist 'indiceren optionele modules' en classificaties die door de DSM-5 zijn vastgesteld. Zo is bijvoorbeeld de module zelfbeheersing niet alleen geïndiceerd bij subdoelgroep 2 en 3, maar ook als er sprake is van ADHD..

Indicatiecriteria modules die optioneel kunnen worden aangeboden

1. Cliënten met chronische stress of die een hoge mate van arousal ervaren en/of op dit onderdeel positief scoren op de checklist indiceren optionele modules, zijn geïndiceerd voor de module Stressreductie (vaak aan de orde bij subdoelgroep 2 en 3).
2. Bij cliënten die laag scoren op zelfbeeld is de module Zelfbeeld van toepassing (standaard bij subdoelgroep 2 en relatief vaker bij subdoelgroep 3).
3. Bij cliënten met een beperkte emotieregulatie is de module Emotieregulatie van toepassing (standaard bij subdoelgroep 2 en 3).
3. Cliënten die hoog scoren op impulsief gedrag (FARE) en/of bij wie sprake is van kleptomanie, ADHD, PMG of het regelmatig ervaren van een sterke drang tot stelen, zijn geïndiceerd voor de module Zelfbeheersing (standaard bij subdoelgroep 2 en 3).
4. De module 'Oplossen van problemen' is geïndiceerd als er bij de FARE hoog gescoord wordt op 'disfunctionele oplossingsvaardigheden' of als er sprake is van structurele problemen op het gebied van financiën, werk, opleiding en/of huisvesting (standaard bij subdoelgroep 3 en regelmatig aan de orde bij 1).
5. De groepsmodule is geïndiceerd als het om vrouwelijke winkeldiefteges gaat die profiteren van een groepsgericht aanbod en die vallen onder subdoelgroep 2.
6. Behandeling van ADHD, traumagerelateerde klachten of problematisch middelengebruik gebeurt volgens de reguliere richtlijnen zoals ook beschreven in de algemene programmahandleiding en is van toepassing als dit door de regiebehandelaar is gediagnosticeerd. Bij subdoelgroep 3 wordt standaard PMG behandeld.

Contra-indicaties

Algemeen

1. De cliënt weigert, ook na een motivatietraject, deelname aan het programma. Als minimale motivatie geldt in eerste instantie de bereidheid om een gesprek aan te gaan met een behandelaar.
2. Er is sprake van een acute psychose.
3. Er is sprake van een primaire verslavingsproblematiek.

Groepsmodule

Naast de algemene contra-indicaties gelden bij de optionele groepsmodule voor vrouwelijke winkeldiefteges (onderdeel van subdoelgroep 2.) de volgende contra-indicaties: als het een man betreft, als er andere vormen van vermogensdelicten dan winkeldiefstal of stelen op de voorgrond staan, als er sprake is van ontkenning van delictgedrag en als suïcidaal gedrag aan de orde is.

Verder geldt dat deze module niet van toepassing is als het werken in een groep te bedreigend is voor de cliënt of als uit (dossier)informatie blijkt dat de vrouwelijke cliënt regelmatig negatief gedrag vertoont in een groep. Een groepsaanbod is eveneens niet van toepassing als er sprake is van specifieke vaardigheidstekorten en/of psychische problemen die belemmerend werken bij het leren in groepsverband.

De indicaties en contra-indicaties worden vastgesteld op grond van dossierinformatie/informatie van de verwijzer, de uitkomst van de risicotaxatie, vastgestelde classificaties conform de DSM-5 en de klinische blik van de behandelaar die de intake verzorgt.

Betrokkenheid doelgroep

Het zorgprogramma is inmiddels twee keer aangepast, onder andere naar aanleiding van verbeteringsuggesties die door cliënten zijn aangebracht. Er is aan behandelaars gevraagd om feedback te leveren en hierbij ook cliënten te betrekken. De eerste versie werd door sommige cliënten te talig gevonden en te saai qua lay-out, terwijl anderen het juist te eenvoudig geschreven vonden met onvoldoende diepgang. Verder was er behoefte

aan een groepsaanbod voor winkeldieffegges voor het kunnen delen van ervaringen en het verkrijgen van steun. Naar aanleiding van deze feedback zijn de modules in overleg met enkele cliënten en behandelaars aangepast. Er werd gepoogd om een middenweg te vinden m.b.t. het gebruik van afbeeldingen en taal. Ook werd er een start gemaakt met de ontwikkeling van de groepsmodule winkeldieffegges.

Tijdens de tweede verbeteronde gaven de betrokken cliënten weinig feedback over de inhoud van de modules.

Er wordt tijdens de behandeling gewerkt met een tweetal evaluatieformulieren die cliënten kunnen invullen. In deze formulieren wordt onder andere gevraagd naar hoe de cliënt de inhoud en de effectiviteit ervaart. Er wordt ook de gelegenheid gegeven om feedback te geven en tips.

1.2 Doel

Hoofddoel

Het primaire doel van het zorgprogramma is het stoppen of verminderen van het plegen van vermogensdelicten en het reduceren van de kans op recidive (terugval) van algemeen delictgedrag in de toekomst. Dit betekent dat er geen aangifte meer wordt gedaan en dat de cliënt aangeeft dat het delictgedrag is gestopt of minder vaak voorkomt en dat de score op de FARE is afgenomen.

Subdoelen

Hieronder worden de concrete programmadoelen (subdoelen) beschreven die nodig zijn om het primaire doel te realiseren. De programmadoelen zijn gekoppeld aan de aanwezige dynamische criminogene risicofactoren en de modules die binnen het zorgprogramma worden aangeboden.

Om te bepalen of een doel bereikt is, kan gebruik gemaakt worden van het overzicht Modules in beeld dat te vinden is in de algemene programmahandleiding. Daarnaast worden aan het begin, vervolgens elke vier maanden en ten slotte aan het einde van de behandeling verschillende vragenlijsten afgenomen. De FARE wordt ingezet om te bepalen of het recidiverisico tijdens de behandeling ten minste één niveau is gedaald. Tevens biedt het zicht op specifieke dynamische risicofactoren zijn afgenomen. De Lijst Irrationale Gedachten – Vermogen (LIG-V) wordt gebruikt om de eventuele aanwezige cognitieve vervormingen die het plegen van vermogensdelicten veroorzaken in beeld te brengen en eventuele veranderingen te monitoren. Deze lijst bevat ook vragen die van toepassing kunnen zijn voor subdoelgroep 2. Daarnaast wordt de doelenlijst (ingevuld door de cliënt en de behandelaar) gebruikt om te zien in welke mate de standaard subdoelen (van een subdoelgroep) aandacht nodig hebben (gaat het om een net aan onvoldoende of bijvoorbeeld de score absoluut niet aan de orde). Ook helpt deze lijst bij het in beeld brengen van de geïndiceerde optionele subdoelen en om te monitoren of deze doelen zijn verbeterd of behaald. Verder wordt er gewerkt met de lijst acute risicofactoren (Vögtlander, 2014) en de forensische klachtenlijst (FKL; Van Horn et al., 2016).

Rekening houdend met de drie subdoelgroepen werkt het Zorgprogramma Vermogen per subdoelgroep aan standaard subdoelen, ook zijn er subdoelen die voor de totale doelgroep gelden. Het gaat om de volgende standaard subdoelen:

Subdoelgroep	Standaard subdoelen
Alle drie de subdoelgroepen	Bij de cliënt is sprake van verandermotivatie. De cliënt toont inzet tijdens de behandeling en doet moeite om verandering te realiseren.
	De cliënt heeft zicht op de nadelen en voordelen van het plegen van vermogensdelicten en vindt de nadelen zo zwaar wegen dat hij bereid is om te werken aan de behandeldoelen
	De cliënt heeft voldoende inzicht in eigen (achtergrond)problematiek
	De cliënt is in staat om alledaagse problemen op te lossen.

1. Antisociale persoonlijkheidsprofiel staat op de voorgrond	Cliënt ervaart meer motivatie en/of minder negatieve emoties en problemen door te werken aan het verkrijgen van meer positiviteit in zijn leven.
	De cliënt heeft afstand genomen van risicosystemen uit zijn netwerk. Is in staat om negatieve invloed (groepsdruk) te weerstaan.
	De cliënt realiseert meer steun van iemand uit zijn netwerk. Relevante systeemleden worden gestimuleerd om te ondersteunen bij het naleven van het preventieplan.
	Cliënt heeft minder disfunctionele cognities die leiden tot het plegen van vermogensdelicten en/of het plegen van vermogensdelicten goedpraten..
2. Inadequate coping	Cliënt realiseert meer steun van iemand uit zijn/haar netwerk. Systeemleden (evt. verder van cliënt af) worden uitgenodigd om te helpen bij het naleven van het preventieplan.
	De cliënt kan impulsen en drangevoelens beter herkennen.
	De cliënt kan adequate beheersingsvaardigheden toepassen en daardoor de drang tot het plegen van vermogensdelicten beter onder controle houden.
	Het geloof in eigen kunnen is verbeterd waardoor de reflectie over eigen handelen minder negatieve emoties oproept.
	Cliënt kan positieve emotionaliteit ervaren en zich positief opstellen.
	Cliënt kan zijn emoties reguleren. Hij herkent zijn emoties en kan deze zo vormgeven dat verwerking/loslaten mogelijk is.
	De cliënt heeft geïndiceerd minder disfunctionele cognities die het geloof in eigen kunnen en/of het zelfbeeld ondermijnen.
	Het zelfbeeld van de cliënt is verbeterd, meer helpend en realistisch geworden. De cliënt ervaart dagelijks op verschillende momenten een tevreden gevoel over zichzelf, waardoor zij meer toegerust voelen om met lastige situaties om te gaan.
3. Problematisch middelengebruik i.c.m. antisociaal gedrag	Cliënt heeft afstand genomen van risicosystemen uit zijn netwerk.
	Cliënt is in staat om negatieve invloed (groepsdruk) te weerstaan.
	Cliënt realiseert meer steun vanuit zijn (professionele) netwerk, indien nodig wordt hiervoor het netwerk uitgebreid
	Relevante systeemleden (evt. verder van cliënt af) worden uitgenodigd om te helpen bij het naleven van het preventieplan.
	De cliënt kan impulsen en drangevoelens beter herkennen.
	De cliënt kan adequate beheersingsvaardigheden toepassen en daardoor de drang tot PMG en/of het plegen van vermogensdelicten beter onder controle houden.
	Cliënt kan positieve emotionaliteit ervaren en zich positief opstellen.
	Cliënt kan zijn emoties reguleren. Hij herkent zijn emoties en kan deze zo vormgeven dat verwerking/loslaten mogelijk is.
Cliënt heeft minder disfunctionele cognities die leiden tot het plegen van vermogensdelicten en/of het plegen van vermogensdelicten goedpraten.	

	Cliënt heeft indien geïndiceerd minder disfunctionele cognities die het geloof in eigen kunnen en/of het zelfbeeld ondermijnen.
	Cliënt beschikt over meer oplossingsvaardigheden om dynamische structurele stressoren te verminderen. Stressoren voortkomend uit niet hebben van vaste woonplek, te weinig inkomen en/of schulden verminderd.
	Het problematisch middelengebruik van de cliënt is onder controle en versterkt het plegen van vermogensdelicten niet.

De volgende optionele subdoelen kunnen van toepassing zijn als ze niet bij een subdoelgroep als standaard subdoel zijn opgenomen in bovenstaand overzicht, maar wel aansluiten bij de problematiek/hulpvraag van de cliënt:

1. Cliënt ervaart meer motivatie en/of minder negatieve emoties en problemen door te werken aan het verkrijgen van meer positiviteit in zijn leven. Dit betreft soms subdoelgroep 3;
2. De cliënt kan impulsen en dranggevoelens beter herkennen;
3. De cliënt kan adequate beheersingsvaardigheden toepassen en daardoor de drang tot het plegen van vermogensdelicten beter onder controle houden;
4. Het zelfbeeld van de cliënt is verbeterd, meer helpend en realistisch geworden. De cliënt ervaart dagelijks op verschillende momenten een tevreden gevoel over zichzelf en meer zelfvertrouwen;
5. De cliënt kan positieve emotionaliteit ervaren en zich positief opstellen;
6. De cliënt kan zijn emoties reguleren. Hij herkent zijn emoties en kan deze zo vormgeven dat verwerking/loslaten mogelijk is.
7. De ADHD en/of het problematisch middelengebruik en/of de traumagerelateerde klachten van de cliënt is onder controle en versterkt het plegen van vermogensdelicten niet.

Groepsmodule vrouwelijke winkeldievegges:

Vrouwelijke winkeldievegges (substantieel onderdeel van subdoelgroep 2.) weten onder andere door te werken met een delictanalyse hoe ze het stelen kunnen verminderen of stoppen. Er wordt bij deze module aan dezelfde doelen gewerkt als bij de modules Netwerk, Zelfbeheersing, Invloed van het denken en Zelfbeeld. Ook komen de ingezette interventies grotendeels overeen, het is echter een veel beperkter aanbod.

N.B. Mochten de optionele modules niet geïndiceerd zijn, dan wordt er verondersteld dat het primaire doel gerealiseerd kan worden als de cliënt de standaard modules volgt die horen bij de subdoelgroep waar de cliënt onder valt.

1.3 Aanpak

Opzet van de interventie

Algemeen

Het zorgprogramma Vermogen maakt gebruik van de RNR-principes (risk-need-responsivity; zie voor uitleg kopje onderbouwing) en van een cognitief gedragsmatige aanpak. Daarnaast biedt het zorgprogramma voldoende ervaringsgerichte oefeningen, denk aan dramatherapeutische technieken, zoals rollenspelen, stoelentechneken² imaginatie oefeningen en aangepaste mindfulness oefeningen. Er is indien nodig continu aandacht voor het motiveren.

Fasering

Het zorgprogramma Vermogen bestaat uit de volgende vijf fasen:

² Er zijn verschillende variaties mogelijk, er wordt met twee of meerdere stoelen gewerkt. Elke stoel staat voor een eigenschap, rol, kant of denkwijze. Een stoelentechneek helpt om beter te voelen, andere ervaringen op te doen en om keuzes te maken.

1. **Indiceren.** Tijdens deze fase wordt een intakegesprek gevoerd door de regiebehandelaar en mogelijk een medebehandelaar. Er worden vragen gesteld die nodig zijn om een voorlopige diagnose en indicatie te kunnen stellen;
2. **Voorbereidende behandelfase.** Deze fase bestaat gemiddeld genomen uit vier tot zes gesprekken en is gericht op risicotaxatie en assessment, het realiseren van een werkbare behandelrelatie, motiveren, psycho-educatie uit de Startmodule en het opstellen van een preventieplan om het plegen van vermogensdelicten te voorkomen. Aan het einde van deze fase is een definitieve indicatie en diagnose gesteld, indeling in één van de subdoelgroepen is dan mogelijk;
3. **Behandeling.** Het aanbieden van de standaard modules die passen bij de subdoelgroep en de geïndiceerde optionele modules. De duur van deze fase varieert per cliënt, evenals de intensiteit. Dit is afhankelijk van het recidiverisico, de aanwezige responsiviteitsfactoren en acute risicofactoren;
4. **Afrondende behandelfase.** Dit betreft een overgangsfase van maximaal twee weken en gaat van start als de subdoelen van de behandeling in voldoende mate zijn behaald. Dit wordt bevestigd door de aanwezigheid van een geactualiseerde versie van het preventieplan;
5. **Nazorg.** Om terugval in de toekomst te voorkomen, is het van belang om aandacht te besteden aan nazorg. Nazorg lijkt verband te houden met een lagere kans op recidive (Sauter et al., 2017; Schmidt-Quernheim, Seifert & 2014). De duur van de nazorgfase is afgestemd op het recidiverisico na afronding van de behandeling. Bij een laag recidiverisico is er nog anderhalve maand contact met de behandelaar. De cliënt krijgt de mogelijkheid om tussendoor telefonisch, via app, sms of mail contact op te nemen met de behandelaar als hij hier behoefte aan heeft. Tijdens afgesproken contactmomenten checkt de behandelaar of er sprake is van terugval en/of (nieuwe) stressoren. Als dit zo is, dan zal de behandeling die vervolgens wordt aangeboden, afgestemd worden op de situatie. Als bij afsluiting van de behandeling de kans op recidive matig of matig tot hoog is, bestaat de nazorgfase uit drie maanden. Er is dan elke drie weken contact via de app/mail/telefoon. Er wordt opgeschaald of verlengd als dit nodig blijkt.

Frequentie en duur van de interventie

Het is niet mogelijk om van tevoren precies aan te geven hoelang de behandeling van een cliënt zal duren. Vanwege het responsieve karakter van het zorgprogramma is de tijdsduur en frequentie van de behandeling immers afhankelijk van het recidiverisico, de hoeveelheid aanwezige (ernstige) criminogene behoeften, de (leer)mogelijkheden van de cliënt en vertragende factoren. Daarnaast is het wenselijk dat de geïndiceerde frequentie voor de cliënt haalbaar is, kijkend naar alle verantwoordelijkheden waar de cliënt aan moet voldoen (werk, eventuele zorg voor kinderen, afspraken met de reclasseringsambtenaar, etc.). Aansluiten op de behoeften van de cliënt komt o.a. tot uiting in het aantal modules dat bij een cliënt geïndiceerd is. De behandeling kan daarom vijf maanden tot ongeveer anderhalf jaar duren. Er wordt bij een matig recidiverisico minstens één keer per week een sessie van 60 minuten aangeboden. Dit kan oplopen tot drie keer per week bij een zeer hoog recidiverisico. Tijdens de behandeling is tussendoor op- en afschaling van de behandelintensiteit mogelijk en soms nodig, bijvoorbeeld als er een periode sprake is van acute risicofactoren. Er kan ook voor worden gekozen om een individuele bijeenkomst langer te laten duren zodat er meer ruimte is voor het doen van experiëntiële oefeningen (ervaringsgerichte oefeningen). Verder wordt er blended behandeld, dus naast face-to-face sessies wordt er ook gebruik gemaakt van opdrachten en/of dagboeken via eHealth (indien de cliënt een computer of smartphone heeft) en eventueel van beeldbelsessies. De groepsmodule voor vrouwelijke winkeldiefteges bestaat uit 11 wekelijkse sessies van 90 minuten en 1 terugkomsessie die een maand later wordt aangeboden. Bij indicering van de groepsmodule kan ervoor gekozen worden om het individuele aanbod in de periode dat de groepsmodule wordt aangeboden, te reduceren naar eens per drie weken.

Inhoud van de interventie

Aanbod behandelfase

Valideren als werkzaam element

De inhoud van het Zorgprogramma Vermogen wordt onder andere vormgegeven door het toepassen van 'het valideren'. Deze term is afkomstig van de dialectische gedragstherapie en betekent dat de behandelaar aandacht geeft, empathie en compassie toont, oordeelsvrij onderzoekt wat de ander voelt en denkt en vanuit verbinding en vertraging de cliënt stimuleert om emoties waar te nemen en te ervaren (ook in het lichaam). Het valideren maakt het makkelijker om een werkalliantie op te bouwen en eventuele weerstanden/beschermers te doorbreken. Om goed te kunnen valideren is het ook nodig om cultuursensitief

te zijn.

Opbouw module

Elke module is op dezelfde wijze opgebouwd. Eerst wordt er uitleg gegeven over de inhoud van de module. Dan worden de vaste onderdelen van een sessie beschreven. Hierbij kan voor het evalueren van de afgelopen periode gevarieerd worden in de oefening die je doet. Dit is afhankelijk van de leerstijl, de leerdoelen en de wensen van de cliënt. In elke module wordt theorie besproken afgewisseld met verschillende inzichtgevende en ervaringsgerichte oefeningen. Ook heeft elke module een hoofdstuk met mogelijke thuiswerkopdrachten. De cliënt en de behandelaar beslissen welke opdracht of oefening het meest passend is. Hier kan van worden afgeweken.

Individuele versus groepsbehandeling

Er wordt grotendeels individueel behandeld. Voor vrouwelijke winkeldievegges is er een groepsmodule ontwikkeld. Verder kan ervoor gekozen worden om de “individuele” modules aan twee cliënten aan te bieden (met uitzondering van de Startmodule) als dit beter bij de leerstijl van de cliënten past. Soms is dit veiliger en wordt het voor cliënten makkelijker om meer openheid te tonen, ervaringsgerichte oefeningen te ondergaan en om te delen.

Opbouw sessie

Elke bijeenkomst wordt een transfer gemaakt naar de vorige bijeenkomst en stilgestaan bij de afgelopen dagen of week. Ook wordt er geëvalueerd door bij specifieke en passende vragen stil te staan. Er kan bijvoorbeeld gevraagd worden naar lastige situaties, er wordt dan eerst stilgestaan bij wat dit bij de cliënt heeft opgeroepen aan gedachten en gevoelens. Vervolgens wordt samen bekeken hoe je hier mee om zou kunnen gaan (oplossingsgericht) als de situatie zich nogmaals voor zou doen of nog gaande is. Er kan ook stilgestaan worden bij de drang tot stelen of een specifieke vraag die aansluit bij de vorige sessie. Na het evalueren en valideren wordt er zorggedragen voor een goede balans in het bieden van inzichtgevende oefeningen en ervaringsgerichte oefeningen. Hierbij worden indien passend ter ondersteuning kaartjes gebruikt met gevoelens of eigenschappen of filmfragmenten. Aan het einde van de sessie wordt er samen gezorgd voor een samenvatting van de bijeenkomst en wordt er besloten welke thuis-opdracht passend is om mee aan de slag te gaan. Ter ondersteuning kan er gebruik gemaakt worden van eHealth-dagboeken.

Wat moet er minimaal worden gedaan (alle fasen)

Het zorgprogramma heeft als doel het plegen van vermogensdelicten te verminderen of te doen stoppen. Om dit te bereiken wordt er maatwerk gerealiseerd door te werken met drie standaard modules (dik gedrukt) en een set optionele modules, welke worden aangeboden als de problematiek van de cliënt hierom vraagt. Op deze manier sluit het programma optimaal aan bij de hulpvraag en recidiverisico van de cliënt.

Standaard en optionele modules

De startmodule en de modules Netwerk en Invloed van het denken zijn standaard (ook voor cliënten die vallen onder subdoelgroep 2 en die de groepsmodule volgen) en worden aan alle cliënten aangeboden, ongeacht de subdoelgroep waar de cliënt onder valt. De overige modules kunnen standaard of optioneel zijn, indicatie hiervoor is afhankelijk van de geclassificeerde subdoelgroep (zie onderstaande tabel) en/of de aanwezige criminogene risicofactoren van een cliënt, de vaardigheidstekorten of de responsiviteitsbehoeften.

Modules	Antisociale persoonlijkheidsprofiel	Inadequate coping	PMG + antisociale cognities
1. Startmodule	✓	✓	✓
2. Groepsmodule winkeldievegges		O ³	
3. Netwerk (sowieso zo snel mogelijk het onderdeel m.b.t.	✓	✓	✓

³ O staat voor optioneel.

4. Stressreductie	O	O	O
5. Zelfbeheersing	O	✓	✓
6. Zelfbeeld	Kan contra-indicatie zijn bij narcisme!	✓	O
7. Invloed van het denken	✓	✓	✓
8. Emotieregulatie	O	✓	✓
9. Oplossingsvaardigheden	Tweede hoofdstuk gericht op GLM.	O	✓

Bovenstaande volgorde is in theorie de meest wenselijke volgorde. Het moment waarop de verschillende probleemgebieden worden aangepakt, kan essentieel zijn voor de leerbaarheid. Als een cliënt bijvoorbeeld nog niet in staat is tot het verminderen van gevoelens van stress, dan zal de persoon moeite hebben met het verwerken van emoties en het aanleren van vaardigheden. Het meer grip krijgen op dranggevoelens via de module Zelfbeheersing of het verminderen van disfunctionele cognities die aangepakt worden in de module Invloed van het denken, zullen dan minder effect hebben. Ook helpt het vaak beter om eerst stil te staan bij de invloed van het denken voordat er gewerkt wordt aan de emotieregulatie en/ of het toepassen van oplossingsvaardigheden. Soms is het voor de rust echter nodig om wel eerder te beginnen met het eerste deel uit de module oplossingsvaardigheden. Vaak dan onder begeleiding van een maatschappelijk werker. Interventies gericht op problematisch middelengebruik (hoe dan ook bij subdoelgroep 3), ADHD of traumagerelateerde klachten worden ingezet indien geïndiceerd en zodra hier motivatie voor is.

1. Startmodule (standaard).

In deze module is er specifiek aandacht voor de behandel- en verandermotivatie, er wordt onderzocht wat de voor- en nadelen zijn van het volgen van de behandeling, zo ook de voor- en nadelen van het plegen van vermogensdelicten. Dit is vooral een aandachtspunt voor subdoelgroep 1 en 3.

In de Startmodule wordt getoetst of het zinvol lijkt of het motiveren te bevorderen door te werken met het Good Lives Model (GLM). Als dit geïndiceerd blijkt (sowieso bij subdoelgroep 1.), dan wordt dit deel in hoofdstuk 2 van de module Oplossingsvaardigheden verder uitgewerkt. Er wordt eerst inzicht gegeven in eigen basisbehoeften en vervolgens worden er acties geformuleerd die helpen om meer positiviteit te laten ervaren doordat er beter wordt voldaan aan de basisbehoeften. Dit gebeurt op zo'n manier dat de cliënt ook gestimuleerd wordt om criminogene risicofactoren aan te pakken.

Er is verder aandacht voor psycho-educatie en het opstellen van een preventieplan, dit plan helpt om het opnieuw plegen van vermogensdelicten te voorkomen. Hierbij worden ook relevante systeemleden betrokken als de cliënt dit toestaat, aangezien zij kunnen helpen om het plan na te leven. Er wordt geëindigd met een probleemsamenhang, hiervoor is het onder andere nodig om met een levenslijn te werken, er wordt dan naar negatieve en positieve ervaringen gekeken, de impact hiervan en de gevolgen. Vervolgens wordt onderzocht welke gevolgen mogelijk een relatie hebben met het plegen van vermogensdelicten.

2. Groepsmodule Winkeldievegges (optioneel voor subdoelgroep 2, niet voor subdoelgroep 1 en 3).

Deze groepsmodule is gericht op het stoppen met winkeldiefstal of andere vormen van stelen. Tijdens deze groepsbehandeling staat het maken van een delictanalyse centraal om zo meer inzicht te krijgen in de eigen achtergrondproblematiek en om het toepassen van andere oplossingsstrategieën te stimuleren die de delictketen zullen doorbreken. Denk aan het doen van ontspanningsoefeningen als er een sterke drang ervaren wordt of het hanteren van een helpende gedachte in plaats van je te laten leiden door een goedprater. Er wordt tijdens het opstellen van de delictanalyse verder nog stilgestaan bij het motiveren, het verkrijgen van meer steun vanuit het netwerk, en het verbeteren van het zelfbeeld door te empoweren. Het groepsaanbod nodigt uit om te delen, om bij elkaar steun te vinden en van elkaar te kunnen leren. De groepsmodule is te beperkt voor cliënten met een hoog recidiverisico of complexe problematiek, zelfs als ook gewerkt wordt met de modules netwerk en invloed van het denken. Voor hen is het nodig om de overige standaard modules aan te bieden die horen bij subdoelgroep 2. De groepsmodule kan al na het doorlopen van de startmodule worden aangeboden, maar dit mag ook later.

3. Netwerkmodule (standaard).

N.B. Indien de cliënt toestemming geeft, worden relevante systeemleden uitgenodigd om te kijken hoe zij steun kunnen bieden en om te helpen bij het naleven van het preventieplan.

In deze module wordt geprobeerd om de cliënt meer inzicht te geven in het eigen netwerk door het maken van een netwerkanalyse. Er wordt gekeken hoe er meer steun/kracht verkregen kan worden en indien van toepassing hoe het geheim actief doorbroken kan worden (vaak relevant voor subdoelgroep 2). Er wordt dan bijvoorbeeld gewerkt met een stoelentechniek waarin de voor- en nadelen van het doorbreken van het geheim nog beter voelbaar worden en betekenis krijgen. Als de voordelen belangrijker worden gevonden, wordt er ook geoefend met het vertellen over de problemen die spelen. Als de cliënt het goed vindt, wordt de partner of een ander relevant systeemlid uitgenodigd om te vertellen wat er speelt en om te kijken hoe de persoon reageert en in staat is om te ondersteunen. Als er sprake is van een netwerk dat het plegen van vermogensdelicten stimuleert (vooral subdoelgroep 1 en 3), dan wordt er geoefend met het weerbaarder worden ten opzichte van de negatieve invloeden (nadelen bekijken op de lange termijn, helpende gedachte en krachtige houding aanleren, oefenen met NEE zeggen). Indien nodig is er aandacht voor het oefenen met het onderhouden van bestaande relaties en het aangaan van nieuwe relaties. Er is daarom ook een hoofdstuk gericht op aandacht voor de relatie (ter versterking van een beschermende factor).

4. Module Stressreductie, inclusief signaleringsplan (optioneel voor alle subdoelgroepen).

De cliënt leert meer greep te krijgen op eigen spanningen en stress en past vaardigheden toe om stress te verminderen. Hierdoor zal de leerbaarheid groter worden en neemt de impulsiviteit en de eventuele aanwezige heftige emotionaliteit af. Er wordt tijdens deze module o.a. gewerkt met diverse ontspanningsoefeningen (ook door het leren oproepen van een herinnering die een positief en ontspannen gevoel tot gevolg had en imaginatie-oefeningen), bewerkte mindfulness oefeningen (bijvoorbeeld door van honderd naar 0 te tellen) en door oefeningen te doen die helpen om spanning te uiten, maar ook te verminderen. Hiervoor wordt bijvoorbeeld de oefening ‘wisselen van aandacht’ aangeboden, de cliënt vertelt dan 30 seconden over zijn stress, vervolgens over een positieve herinnering en gaat dan weer terug naar de stress, etc. Het is de bedoeling dat de cliënt uiteindelijk dagelijks minimaal twee tot drie oefeningen kan toepassen die hem daadwerkelijk helpen om rustig te worden, waardoor chronische stress verdwijnt.

5. Module Zelfbeheersing (standaard subdoelgroep 2 en 3, optioneel subdoelgroep 1).

Er wordt aandacht besteed aan het verbeteren van de impulscontrole om zo meer grip te krijgen op dwanggevoelens die leiden tot stelen of het plegen van andere vermogensdelicten. Ook wordt er gewerkt aan het aanleren van beheersingsvaardigheden die mogelijk helpen om toch te stoppen als je eigenlijk op het punt staat om het te gaan doen. Deze module is essentieel voor cliënten die vooral ‘reactieve vermogensdelicten’ plegen en bij wie het gedrag helpt om negatieve gevoelens te compenseren. De cliënt wordt gestimuleerd om te onderzoeken welke oefeningen helpen om het verlangen, de drang te verminderen. Er is bijvoorbeeld een oefening waarbij de cliënt bevraagd wordt om terug te gaan naar een moment waarop de dwang sterk aanwezig was. Er wordt gefocust op verschillende lichaamsdelen en onderzocht waar de drang het sterkst gevoeld wordt en hoe dat voelt. Vervolgens wordt er een ontspanningsoefening gedaan en weer terug gegaan naar het gevoel van drang. De cliënt wordt gevraagd om naar het gevoel van drang te ademen en om te ervaren hoe het is om te ervaren dat de drang langzaam weer verdwijnt.

6. Module Zelfbeeld (standaard subdoelgroep 2, optioneel voor subdoelgroep 3 en 1. Bij subdoelgroep 1 is het minder vaak geïndiceerd en vaak minder passend bij cliënten met sterke narcistische trekken).

Tijdens deze module wordt er psycho-educatie gegeven over hoe het zelfbeeld zich ontwikkelt en hoe je een laag zelfbeeld kunt compenseren (al dan niet met grensoverschrijdend gedrag). Er worden diverse oefeningen aangeboden voor het krijgen van meer inzicht en oefeningen om het zelfvertrouwen te verbeteren en daarmee op den duur het zelfbeeld. Deze module is enerzijds gericht op het verbeteren van de responsiviteit. Een beter zelfbeeld vergroot immers de zelfeffectiviteit (geloof in eigen kunnen) en dit leidt tot het gemakkelijker aanleren van nieuwe vaardigheden. Anderzijds is het hebben van een laag zelfbeeld bij een deel van de doelgroep gerelateerd aan het delictgedrag. Denk aan het hebben van (extreem) negatieve gevoelens over zichzelf die gepaard gaan met een hoge arousal.

7. Module Invloed van het denken (standaard).

Via cognitief gedragstherapeutische technieken wordt er gewerkt aan het verminderen van disfunctionele cognities. De invloed van het denken op emoties en gedrag wordt uitgelegd. Hierbij kan het model van de vijf

G's worden gebruikt (gebeurtenis, gedachten, gevoelens, gedrag en gevolg). Er wordt aan de hand van verschillende levensgebieden onderzocht welke niet-helpende (kern)gedachten een rol spelen. Denk aan hoe de cliënt bijvoorbeeld aankijkt tegen vriendschap, familie, werk, geld en seksualiteit. De cliënt wordt gestimuleerd om helpende gedachten toe te passen in diverse situaties die voor hem lastig zijn. In deze module wordt de cliënt uitgedaagd zich te identificeren met een kerngedachte of stelling die haaks staat op zijn eigen overtuiging. Door over deze denkwijze na te denken en door te verkennen welke standpunten je ten aanzien van deze overtuiging kunt innemen, leert de cliënt meer gezichtspunten kennen en wordt de cliënt uitgedaagd om de eigen manier van denken onder de loep te nemen.

8. Module Emotieregulatie (standaard voor subdoelgroep 2 en 3, optioneel voor 1).

Het doorlopen van deze module draagt bij aan het beter kunnen differentiëren en uiten van diverse emoties, er wordt ook specifiek gekeken naar emoties die gerelateerd zijn aan het plegen van vermogensdelicten. De module helpt om emoties beter te leren herkennen (ook qua gevoel in het lijf), zowel bij de cliënt zelf als bij anderen. Hierbij wordt vaak gebruik gemaakt van kaartjes met gevoelens (gevoelenswereldspel). Tijdens het delen van ervaringen wordt de cliënt gevalideerd en uitgenodigd om de emotie in zijn lichaam waar te nemen. Waar voel je de emotie, hoe voelt het daar precies, hoe groot is het gevoel? Ook wordt er gewerkt aan het meer grip krijgen op eigen emoties, onder andere door via een stoelentechniek de emotie te valideren en er vervolgens afstand van te nemen, of door het doen van ontspannings- en focusoefeningen.

9. Module Oplossingsvaardigheden (standaard voor subdoelgroep 1 en 3, optioneel voor 2).

Deze module is geschikt voor cliënten die te kampen hebben met structurele problemen op het gebied van familie, huisvesting, werk, instanties, etc. Ook kan het worden ingezet als het wekelijks stilstaan bij lastige situaties en het hier adequaat mee leren omgaan onvoldoende handvatten biedt. In deze module wordt een inventarisatie gemaakt van de structurele problemen die spelen. De cliënt kiest vervolgens twee tot drie structurele problemen die veranderbaar zijn en kijkt welke oplossingsgerichte aanpak hier het beste bij werkt. De cliënt beslist pas wat de juiste aanpak is door eerst verschillende manieren uit te proberen die mogelijk leiden tot oplossingen of het draaglijker maken van de situatie. Het is helpend om een maatschappelijk werker in te zetten als de structurele problemen vrij complex zijn. In het tweede hoofdstuk wordt er gewerkt aan het verkrijgen van meer positiviteit in het leven van een cliënt. Dit deel kan al meteen na de Startmodule worden ingezet als verwacht wordt dat het motiverend zal werken (standaard aanbod bij subdoelgroep 1). Door inzicht te geven in eigen basisbehoeften en de mate waarin hieraan wordt voldaan, wordt de cliënt gestimuleerd om hier verandering in aan te brengen. Vervolgens worden er acties geformuleerd die helpen om beter te voldoen aan enkele basisbehoeften. Als een cliënt merkt dat dit leidt tot een verrijking, dan zullen er minder problemen worden ervaren, waardoor er meer energie overblijft om problemen aan te pakken die nog wel aan de orde zijn.

2. Uitvoering

Materialen

De interventie bevat verschillende handleidingen en werkboeken, namelijk:

1. Theoretische handleiding.
2. Algemene programmahandleiding. Dit is een handleiding voor de behandelaar gericht op de modules en bevat ondersteunende informatie over het aanbieden van de modules en aanwijzingen bij de oefeningen die worden aangeboden.
3. Acht individuele modules (standaard en optioneel) voor de cliënt en als kader voor de behandelaar.
4. De groepsmodule Groepsbehandeling voor vrouwen die winkeldiefstal plegen. Met werkbladen voor de cliënt en als kader voor de behandelaar. Deze module bevat ondersteunende sessies via eHealth.
5. Managementhandleiding. Deze handleiding biedt zicht op de wijze waarop de kwaliteitsbewaking en de programma-integriteit wordt gerealiseerd en gemonitord.

Naast dit materiaal zijn er ook ondersteunende filmfragmenten en eHealthmodules (in Minddistrict) te gebruiken om theoretische onderdelen of oefeningen beter 'op maat' aan te kunnen bieden.

Locatie en type organisatie

Het Zorgprogramma Vermogen kan worden uitgevoerd door een ambulante forensische zorginstelling die volwassen cliënten behandelt. De instellingen dienen te beschikken over een psychiater.

Opleiding en competenties van de uitvoerders

Gegevens over de opleiding

Behandelaars die met het Zorgprogramma Vermogen werken, dienen universitair (psychologie of orthopedagogiek) of hbo (sociaal-agogisch) opgeleid te zijn en hebben kennis van en ervaring met het aanbieden van cognitieve gedragstherapie. Mocht kennis over CGT ontbreken, dan wordt een (eventueel interne) opleiding gevolgd waarin basale kennis over de cognitieve gedragstherapie⁴ wordt verkregen. Naast deze reguliere opleidingseisen is het voor het behoud van de programma-integriteit noodzakelijk om een tweedaagse basisopleiding over het vermogensprogramma te volgen. In deze opleiding wordt uitleg gegeven over de specifieke doelgroep, inclusief de verschillende subgroepen. Ook wordt er meer informatie gegeven over cybercriminaliteit en hoe je dit kunt herkennen. De verschillende verklaringsmodellen worden besproken en de werkzame elementen aan de hand van casuïstiek. Vervolgens worden de modules doorgenomen en verschillende oefeningen uitgetoetst en/of gedemonstreerd. Ook wordt de deelnemer gestimuleerd sensitiever te worden voor leerstijlen en transcultureel behandelen.

Gegevens over de competenties:

De behandelaar dient enige kennis en ervaring te hebben opgedaan in het behandelen van de forensische doelgroep. Mocht deze kennis en ervaring ontbreken dan wordt extra ondersteuning aangeboden vanuit andere behandelaars (dit hoeft niet per se de programmaverantwoordelijke te zijn, zie kwaliteitsbewaking). De behandelaar dient verder stevig in zijn schoenen te staan, is respectvol, empathisch, ondersteunend, flexibel en in staat om een matig directieve houding aan te nemen. Ook is het een vereiste dat de persoon beschikt over voldoende gesprekstechnieken en in voldoende mate geëigende motivatietechnieken kan toepassen die passen bij het zorgprogramma, in staat is tot valideren als basishouding en cliënten stimuleert om ervaringsgerichte oefeningen aan te gaan.

Kwaliteitsbewaking

De kwaliteit van het programma wordt bewaakt door zorg te dragen voor de volgende onderdelen/handelingen:

1. Het Zorgprogramma Vermogen wordt aangeboden aan cliënten die hier daadwerkelijk voor geïndiceerd zijn;

⁴ Dit kan een training zijn die specifiek is gericht op de forensische doelgroep voor hoger opgeleide behandelaars. De CGT-training dient minimaal te bestaan uit twee dagen en wordt bijvoorbeeld aangeboden door het RINO / PAO of een persoon met aantoonbare kennis en kunde over CGT.

2. Elke vestiging werkt met een programmaverantwoordelijke (PV) die onder andere de programma-integriteit en kwaliteit bewaakt. Er is minimaal elke vier maanden een gezamenlijk overleg met alle programmaverantwoordelijken onder begeleiding van hoofd behandelmaken / de hoofdontwikkelaar. Er wordt dan onder andere besproken wat er verbeterd kan worden met betrekking tot het borgen van kwaliteit en de programma-integriteit en hoe dit wordt aangepakt.
3. Als een behandelaar de basisopleiding heeft gevolgd, dan is hij/zij bevoegd tot het aanbieden van het zorgprogramma. Om de bevoegdheid te behouden is het nodig om jaarlijks een booster van een dag te volgen binnen de zorglijn agressie en vermogen en te voldoen aan de vereiste caseload. Dit betekent dat een behandelaar in één jaar gemiddeld genomen minimaal drie cliënten dit zorgprogramma aanbiedt.
4. De PV verzorgt minimaal tweemaandelijks begeleide intervisie (kan indien nodig gedelegeerd worden) aan alle behandelaars die het zorgprogramma aanbieden, hierbij is het relevant dat er ook geoefend wordt met het toepassen van ervaringsgerichte oefeningen.
5. Door te voldoen aan de caseload (zie voorwaarden) wordt de behandelaar gestimuleerd om zijn kennis en deskundigheid te vergroten. Bij meer begeleidingsbehoefte kan de PV naast intervisie vaker werkbegeleiding aanbieden. Ook is het mogelijk om mee te kijken via video-opnames en door elke vier weken de vierwekelijkse checklist in te laten vullen door behandelaar en cliënt.
6. Tijdens het aanbieden van het zorgprogramma wordt de behandeling onder andere gemonitord aan de hand van een doelenlijst, sessies-checklists en een eindevaluatielijst, zodat gecontroleerd kan worden of voldaan wordt aan de meest essentiële methoden en technieken. Deze lijsten worden door zowel de behandelaar als de cliënt ingevuld. Aan cliënten wordt bovendien specifiek gevraagd wat zij van het programma vinden.

Randvoorwaarden

Het Zorgprogramma Vermogen kan worden ingezet door instellingen die voldoen aan de volgende randvoorwaarden:

1. Het aanstellen van een programmaverantwoordelijke voor het zorgprogramma Vermogen per vestiging of regio die verantwoordelijk is voor de borging van de kwaliteit en de programma-integriteit (PI);
2. Tijd en budget realiseren voor PV en behandelaars om de nodige basisopleiding te kunnen volgen, hetzelfde geldt voor het volgen van de opleiding m.b.t. de FARE (als die nog niet is gevolgd);
3. Het aanbieden van maandelijkse intervisiemomenten, eventueel in combinatie met de intervisie van de AROPmaat (zorgprogramma voor cliënten met ernstige agressieproblematiek) als deze ook door de instelling wordt aangeboden;
4. Het daadwerkelijk uitvoeren van Routine Outcome Monitoring (ROM). Het gaat om de FARE, FKL (alleen door cliënt), Vermogensdoelenlijst, LIG-vermogen (alleen door cliënt), inclusief het invullen van de evaluatieformulieren. Dit ter ondersteuning van de inhoud van de behandeling, het monitoren van de voortgang en het bewaken van de programma-integriteit.
5. Zorgdragen voor de nodige PR. Het gaat dan bij dit specifieke zorgprogramma ook om het bestaan kenbaar maken bij de reclassering. Mensen die vermogensdelicten plegen worden immers minder snel behandeld of krijgen een meer reguliere interventie aangeboden gericht op het verminderen van antisociaal gedrag.

Implementatie

Ondersteuning voorafgaande aan de uitvoering:

Op het moment dat een instelling interesse toont in het ambulante Zorgprogramma Vermogen voor volwassenen voert de hoofdontwikkelaar een gesprek waarin uitleg wordt gegeven over de aard van het programma. Als blijkt dat het aanbod passend is, wordt er getoetst of het voor een instelling haalbaar is om zowel aan de randvoorwaarden te voldoen als aan het verrichten van de noodzakelijke acties om de kwaliteitsbewaking te waarborgen. Er wordt geïnventariseerd wat hiervoor nodig is en welke obstakels eventueel genomen moeten worden. Het is van belang om er zeker van te zijn dat (geselecteerde) behandelaars achter het programma staan en er graag mee aan de slag gaan. Specifieke aandacht wordt ook besteed aan de interne PR, zodat er tijdig voorlichtingspresentaties gegeven worden aan verschillende functiegroepen binnen de instelling. De behandelaren krijgen voor het bevorderen van de implementatie en borging een basisopleiding aangeboden en worden op die manier verder op weg geholpen. De programmaverantwoordelijke krijgt apart uitleg van de hoofdontwikkelaar over zijn taken en verantwoordelijkheden.

Ondersteuning tijdens de opstartfase:

De interventie kan vrij gemakkelijk worden aangeboden door behandelaars als zij de (aangepaste) basisopleiding hebben gevolgd en voldoen aan de competentie- en opleidingseisen. Zij beschikken immers al over behandelervaring, bovendien bieden de modules en de handleidingen voldoende houvast. In de opstartfase is het echter wel essentieel dat de programmaverantwoordelijke voldoende werkbegeleiding aanbiedt (afgestemd op de behoefte) en dat er tweewekelijks intervisie plaatsvindt, zodat de behandelaar het materiaal voldoende leert kennen en kan toepassen. In deze periode is er rekening gehouden met extra begeleiding vanuit de hoofdontwikkelaar aan de programmaverantwoordelijke voor het beantwoorden van allerlei vragen.

Kosten

Totale tijdsinvestering (personele kosten) van een behandelaar die het Zorgprogramma Vermogen aanbiedt per cliënt:

Behandelduur = 50% directe tijd X 50% indirecte tijd (zoals voorbereiding, verslaglegging, evalueren, intervisie, overdracht en afstemming met eventuele regiebehandelaar, medebehandelaars, ketenpartners, verwijzers (reclassering), etc. =

Uit dossierinformatie blijkt dat cliënten die geïndiceerd zijn voor het zorgprogramma gemiddeld genomen 38 weken behandeld werden met een gemiddelde duur van 1,15 uur per week. Stel dat er uitgegaan wordt van een uurloon van 50 euro bruto inclusief alle werkgeverslasten (maar exclusief overhead, kosten huisvesting, etc.) komt het neer op een bedrag van: $38 \times 1,15 \text{ uur} \times 2$ (ook 50% indirecte tijd) $\times 50 \text{ euro} = 5040 \text{ euro}$.

Extra tijdsinvestering programmaverantwoordelijke:

Een PV besteedt naast de kosten die gemaakt worden als behandelaar gemiddeld twee uur per week aan extra taken die niet declarabel zijn. Denk aan het zorgdragen voor werkbegeleiding en intervisie (als de ingebrachte vraag niet specifiek gerelateerd is aan een cliënt) en PR (tenzij dit door een manager wordt gedaan). De tijd zal minder zijn als er met ervaren behandelaars wordt gewerkt.

$2 \text{ uur} \times 45 \text{ weken (min vakantie en ziekte)} \times \text{uurloon bruto inclusief alle werkgeverslasten} = \dots$

Kosten opleiding

Als er ook een AROPMaat-opleiding is gevolgd dan wordt er nog een extra trainingsdag aangeboden, dit kost 150 euro (exclusief btw) per persoon. Als er geen AROPMaat-opleiding is gevolgd dat betreft het een opleiding van twee dagen (300 euro, exclusief btw). Er kan ook een incompany opleiding worden aangeboden (1500 euro per dag, exclusief btw). Hierbij wordt ervan uitgegaan dat de opleiding (hoofdontwikkelaar of andere opleider die hiertoe bevoegd is) door één opleider wordt aangeboden aan een groep die niet groter is dan 16 personen.

De behandelaar die de opleiding volgt is dan één of twee dagen kwijt (uit de productie door het volgen van deze opleiding). Na een jaar wordt er jaarlijks een booster gevolgd. Dit kost wederom per groep 1500 euro (exclusief btw).

Kosten materiaal

Er dient rekening te worden gehouden met de kosten voor het vervaardigen van de modules (dit doet de instelling zelf, aangezien het materiaal digitaal wordt aangeleverd), het aanschaffen van de meetinstrumenten en apparatuur om filmfragmenten te laten zien en rollenspelen op te nemen (zie randvoorwaarden).

3. Onderbouwing

Probleem

Probleem

Het gaat om mensen die vermogensdelicten hebben gepleegd en bij wie de kans op recidive vrij groot is. Bij vermogensdelicten gaat het om diefstal en inbraak alsmede verduistering, bedrog, valsheidsmisdrijven, afpersing, bankbreuk en witwassen. Verder omvatten vermogensdelicten ook bepaalde vormen van cybercrime, zoals digitale identiteitsfraude in de vorm van “skimming”⁵ of “phishing”/“pharming”⁶, en digitale koop- of verkoopfraude⁷.

Het hoge aantal gepleegde vermogensdelicten is nog altijd een probleem voor de samenleving (CBS Statline, 2021). De meest voorkomende vormen van vermogensdelicten betreffen diefstal of verduistering en inbraak (met en zonder geweld). Plegers van deze vormen van vermogensdelicten hebben relatief veel kans om in herhaling te vervallen en ook om veelpleger te worden. Zo zijn vooral veroordeelde woninginbrekers vaak eerder veroordeeld. Ongeveer 83% van de veroordeelde woninginbrekers heeft al eerder één of meerdere eerdere strafzaken gepleegd ten opzichte van 61% onder alle veroordeelde daders (Beijersbergen et al., 2018). Aangezien de kans op recidive hoog is en er bij de doelgroep vaak sprake is van meerdere dynamische criminogene risicofactoren is het van belang om behandeling aan te bieden. Alleen op deze manier kunnen de recidivecijfers worden teruggedrongen. Vermogensdelicten worden enerzijds gepleegd vanwege materieel gewin. Dit is grotendeels aan de orde bij cliënten met een antisociaal persoonlijkheidsprofiel en bij cliënten bij wie sprake is van problematisch middelengebruik (het geld is nodig om middelen te kunnen kopen) of schulden (subdoelgroep 1 en 3). Anderzijds komt het delictgedrag voort door de neiging om onderliggende negatieve gevoelens te compenseren (subdoelgroep 2). Als dit aan de orde is, is er relatief vaker sprake van dranggevoelens en soms dwanggedachten. Bij kleptomanie speelt materieel gewin geen enkele rol.

Specifieke kenmerken gericht op ernst, spreiding en prevalentie

Bij de Waag blijkt de gemiddelde leeftijd van de doelgroep die in aanmerking komt voor het vermogensprogramma 35,6 jaar te zijn, hiervan is bijna 41% vrouw. Dit komt niet overeen met de landelijke cijfers, het heeft waarschijnlijk te maken met het gegeven dat het zorgprogramma ook bedoeld is voor vrouwelijke winkeldiefteges voortkomend uit disfunctionele coping. Deze groep wordt immers relatief vaker doorverwezen voor behandeling.

Uit onderzoek (Tollenaar & Van der Laan, 2013) blijkt dat volwassen veelplegers geclusterd kunnen worden in vijf subgroepen, bij drie subgroepen gaat het o.a. om plegers van vermogensdelicten. Er is een groep (20%) die voornamelijk vermogensdelicten pleegt en bij wie de problematiek duidelijk gerelateerd is aan problematisch middelengebruik en een gebrek aan inkomen. Bij hen neemt het aantal misdrijven alleen maar toe. Deze groep komt overeen met de beschrijving van subdoelgroep 3. Daarnaast is er een groep die vrij snel andere delicten gaat plegen, zoals vernieling, geweld, en openbare-orde misdrijven. Deze groep scoort hoog op financiële problemen. Een andere groep pleegt uiteindelijk na een aantal jaar ook andere delicten, zij scoren niet significant hoog op een specifieke criminogene risicofactor.

Uit dossierinformatie blijkt dat ongeveer 40% van onze cliënten die bij de Waag worden aangemeld wegens het plegen van vermogensdelicten vallen onder subdoelgroep 2. 35% valt onder subdoelgroep 3 en ongeveer 25% hoort qua problematiek bij subdoelgroep 1. Het gaat voornamelijk om cliënten die in Nederland zijn geboren, dit komt overeen met het onderzoek van Beijersbergen en collegae (2018). Cliënten zijn van verschillende etnische afkomst, in het bijzonder Nederlands, Surinaams, Antilliaans, Marokkaans en Turks.

Gevolgen

Plegers van vermogensdelicten hebben relatief vaker een hoog recidiverisico dan delinquenten die grotendeels ander delictgedrag vertonen (Van der Knaap et al., 2007). Als de aanwezige dynamische

⁵ Skimming = kopiëren bankpasgegevens in winkel of bij pinautomaat.

⁶ Phishing/Pharming = kopiëren betalingsinformatie via internet, bijvoorbeeld via gehackte computer of valse website.

⁷ Koopfraude = niet leveren van goederen of diensten zoals via het internet besteld.

Verkoopfraude = niet betalen voor geleverde goederen of diensten zoals via het internet besteld.

risicofactoren niet worden verminderd, dan is de kans op terugval hoog (Wartna et al., 2014). Er zullen dan niet alleen vaker vermogensdelicten worden gepleegd, maar ook andere vormen van delictgedrag (Van der Knaap et al., 2007). 30% van de vermogensdelicten wordt gepleegd om aan drugs te komen (Felson & Staff, 2017). De motivatie om vermogensdelicten te plegen neemt toe naarmate er meer drugs worden gebruikt. Ook personen zonder vast inkomen zijn sneller geneigd om vermogensdelicten te plegen dan personen met een vast inkomen (Felson & Staff, 2017). Als de risicofactoren niet worden behandeld, blijft het criminele gedrag voortbestaan. Het plegen van delicten heeft grote materiële en immateriële gevolgen voor de maatschappij en leidt tot hoge maatschappelijke kosten (Cohen & Piquero, 2015; Kuklinski, 2015; Welsh et al., 2015).

Oorzaken

Het verklarings- en veranderingsmodel van het zorgprogramma is gebaseerd op het biopsychosociaal model (BPS-model; Dodge & Pettit, 2003). Als onderdeel van het model wordt specifiek stilgestaan bij de sociale controletheorie (Hirschi, 1969) en de theorie over de kosten-baten analyse (Cromwell en Olson, 2006). Deze specifieke theorieën verklaren hoe het plegen van een vermogensdelict tot stand komt en voort blijft duren en hoe de factoren die het probleemgedrag veroorzaken met elkaar samenhangen.

Biopsychosociaal model

Volgens het biopsychosociaal model (BPS-model; Dodge & Pettit, 2003) is antisociaal gedrag, zoals het plegen van vermogensdelicten, het gevolg van een interactie tussen enerzijds de biologische, psychologische en sociale factoren en anderzijds de kwetsbaarheid voor deze factoren. Bij biologische predisposities gaat het bijvoorbeeld om de aanwezigheid van ADHD en een hoge mate van impulsiviteit (Van Horn et al., 2016). Bij subdoelgroep 2 en 3 speelt impulsiviteit een duidelijk rol, bij subdoelgroep 1 kan dit eveneens aan de orde zijn, maar niet per definitie. De impact van biologische predisposities is groter als drangevoelens veroorzaakt worden door psychologische problematiek, aangezien dit de impulsiviteit versterkt; Bechtold et al., 2014; Shin et al., 2016). Disfunctionele cognities die het gedrag goedpraten (e.g. Loughran et al., 2016) worden ook gezien als een psychologische factor en spelen een grote rol bij subdoelgroep 1 en 3. Zo ook cognities die leiden tot een laag zelfbeeld en het ervaren van ontevreden of ondraaglijke gevoelens (Mohamad et al., 2018; Zhang et al., 2018), zoals bij subdoelgroep 2 en 3. Andere psychologische factoren die bij de doelgroep een rol spelen zijn het ontbreken van adequate oplossingsvaardigheden en een beperkte emotieregulatie (Grant & Chamberlain, 2018; Sipowicz & Kujawski, 2018).

Ten derde spelen sociale factoren een rol in het BPS-model. Ongunstige sociale omstandigheden hebben een grote invloed op het plegen van vermogensdelicten. Denk aan het ontbreken van een vaste woonplaats (Cronley et al., 2015) of het hebben van schulden of onvoldoende inkomen. Bij subdoelgroep 1 kunnen ongunstige sociale omstandigheden het antisociale gedrag versterken, zeker als sprake is van statusverlies binnen het (antisociale) netwerk. Sociale omstandigheden betreft ook de omgang met vrienden. Het hebben van antisociale vrienden leidt met name bij jongeren tot een verhoogde kans op recidive (Ryan et al., 2013) maar dit geldt ook voor volwassenen, met name bij subdoelgroep 1. Bij subdoelgroep 3 verhogen de genoemde ongunstige sociale omstandigheden de kans op problematisch middelengebruik. Het middelengebruik wordt versterkt door de stressgevoelens die oplopen door het hebben van schulden, etc. Bekostiging van het middelengebruik kan vervolgens weer leiden tot een verhoogde kans op het plegen van vermogensdelicten (Sutherland et al., 2015). Uit onderzoek blijken vele factoren een rol te spelen in de relatie tussen middelengebruik en delinquent gedrag, zoals hoeveelheid en type middel (Bennet et al., 2008) en het effect en de functie van het gebruik voor de persoon. Chronisch middelengebruik kan leiden tot afvlakking van het affect waardoor antisociale disfunctionele cognities de overhand kunnen nemen. Anderzijds kan middelengebruik angst reduceren waardoor de drempel tot delinquent gedrag wordt verlaagd, mogelijk wordt dit proces versterkt door craving (onbeheersbare trek).

Positieve of negatieve life events zijn van invloed op de sociale factoren van het BPS-model. Negatieve life events kunnen bijdragen aan de ontwikkeling van een strafblad waardoor het vinden van een baan bemoeilijkt wordt (Farrington, 2017). Een positief life event zoals een stabiele relatie of het vinden van een vaste baan kan beschermend werken, zie ook de sociale controletheorie. Deze beschermende factoren lijken in de praktijk vooral bij subdoelgroep 1 en 3 een gunstig effect te hebben op het leven van de cliënt en verminderen de kans op recidive.

Sociale controletheorie

De sociale controletheorie van Hirschi (1969) gaat ervan uit dat elke mens geneigd is tot antisociaal gedrag. Sociale en psychologische controlemechanismen worden alleen ontwikkeld als er voldoende positieve bindingen zijn aangegaan die ervoor zorgen dat dit gedrag geremd wordt. Controlemechanismen zijn zowel intern als extern en beïnvloeden elkaar. De externe controle ontstaat door de invloed van familie, buurt, school en maatschappij (zie ook de sociale factoren van het BPS-model). Bij subdoelgroep 1 en 3 is sprake van onvoldoende positieve bindingen. Bij subdoelgroep 2 wordt hier onvoldoende gebruik van gemaakt, omdat het probleemgedrag vaak geheim wordt gehouden.

De mate van impulscontrole, emotieregulatie, geloof in eigen kunnen en de aanwezigheid van disfunctionele cognities beïnvloeden de interne controle. Bij subdoelgroep 1 kan het delinquente gedrag het gevolg zijn van het willen ophouden van een bepaalde reputatie voortkomend uit een disfunctionele cognitie in een sociale context (Emler & Reicher, 1995; Passini, 2012). Zoals eerder genoemd spelen disfunctionele cognities in combinatie met een laag zelfbeeld een grote rol bij subdoelgroep 2 en 3. Processen waarbij disfunctionele cognities een grote rol spelen, zijn ook van invloed op druggebruik (Passini, 2012), dit geldt vooral voor subdoelgroep 3.

De wederzijdse beïnvloeding van interne en externe controlemechanismen in de sociale controletheorie komt ook naar voren in onderzoek van Kleck & Jackson (2016). Zij vinden dat mensen die werkloos zijn wegens niet-sociaal-geaccepteerde redenen (geen baan willen zoeken) vaker vermogensdelicten plegen (Kleck & Jackson, 2016). Genoemde onderzoekers verklaarden dit o.a. door de sociale controletheorie: het is waarschijnlijk dat bij deze mensen bepaalde sociale controlemechanismen minder sterk aanwezig zijn. Ook blijkt dat negatieve emoties en beperkte zelfcontrole (zoals aan de orde bij subdoelgroep 2 en 3) voorspellend zijn voor vermogensdelicten (DeLisi & Vaughn, 2014). Dit verband valt echter weg wanneer iemand voldoende sociale steun ervaart (Capowich et al., 2001). Ook blijkt dat een kind dat opgroeit in een thuissituatie waar onvoldoende sprake is van emotionele binding en dat tevens weinig monitoring en sturing heeft gehad, meer kans heeft zich in te laten met delinquente jongeren/volwassenen (Bonta, & Andrews, 2017). Volgens de sociale controletheorie is in deze situatie sprake van onvoldoende externe controle. De kans dat de jongere dan in aanraking komt met middelengebruik wordt groter. Middelengebruik kan agressief gedrag uitlokken en leiden tot het plegen van vermogensdelicten (Passini, 2012).

Rational Choice Theory

Het plegen van een vermogensdelict kan ook voortkomen uit een rationeel keuzeprocess (Rational Choice Theory; Cornish & Clarke, 1986). Deze theorie beschouwt de dader als een calculerend individu dat een afweging maakt van kosten (risico's) en opbrengsten van crimineel gedrag (Bovenkerk & Leuw, 2007; Colman & Vander Laenen, 2012). Hierbij spelen situationele kenmerken (gelegenheidstheorie), persoonskenmerken (de mate waarin een bepaalde situatie al dan niet als riskant wordt beschouwd) en de aard van het object een rol (bij een zeer gewild object zal de dader meer risico's nemen dan voor een minder gewild object). Deze theorie past vooral bij subdoelgroep 1.

Rational Choice Theory versus sociale controletheorie

Integratie van beide theorieën levert op dat een kosten/baten analyse beïnvloed wordt door de mate van positieve bindingen die iemand heeft (Cromwell & Olson, 2006). Zo zal iemand met positieve bindingen de kosten erg groot kunnen vinden, omdat er sterke afwijzing wordt verwacht door de omgeving en de persoon de aanwezige relaties niet op het spel wil zetten. Terwijl een persoon met mensen om zich heen die ook delicten plegen (kenmerkend voor subdoelgroep 1 en vaak ook 3), juist meedoet vanwege de opbrengst op de korte termijn en om geen status te verliezen. Zodra er sprake is van een negatieve spiraal (veroorzaakt en in stand gehouden door een niet goed werkende interne en externe controle) is de kans om herhaaldelijk vermogensdelicten te plegen groot.

Voor het stopzetten van gedrag gericht op het plegen van vermogensdelicten dient men dus de vraag te stellen of bij een persoon voldoende mogelijkheden gecreëerd kunnen worden voor het realiseren van een interne en/of externe controle (liefst beide). De sociale controletheorie veronderstelt dat iedereen die niet door externe of interne processen in bedwang wordt gehouden delinquent gedrag zal vertonen. De interne controle zal verbeteren door het versterken van het zelfbeeld, de impulscontrole, emotieregulatie en beheersingsvaardigheden. Hierbij zal ook oog zijn voor het reduceren van stress als hier sprake van is. Stress

versterkt immers een beperkte emotieregulatie en impulsiviteit (Maier et al., 2015; Sandi & Haller, 2015). Het realiseren van een leuke baan en een pro-sociaal netwerk met meer steunende relaties helpen bij het realiseren van externe controle (Colman & Vander Laenen, 2012).

Aan te pakken factoren

Er wordt allereerst gewerkt aan beschermende factoren die kunnen helpen om stressoren en/of risicofactoren te compenseren. Bij het Zorgprogramma Vermogen wordt dit vormgegeven door indien nodig structureel te werken aan de motivatie en het beter toegerust worden om met problemen om te gaan. Daarnaast wordt de module Stressreductie ingezet, indien geïndiceerd. Door de bijbehorende doelen te realiseren, wordt de responsiviteit (leerbaarheid) verbeterd. Het verkrijgen van steun (eerste subdoel uit de Module Netwerk) is essentieel, en wordt gezien als beschermende factor.

De aangepakte dynamische criminogene risicofactoren per subdoelgroep

Subdoelgroep	Aangepakte criminogene risicofactoren	Standaard doelen	Modules /interventie
Alle drie de subdoelgroepen	Beperkte motivatie en/of behandeltrouw.	Bij de cliënt is sprake van verandermotivatie. De cliënt toont inzet tijdens de behandeling en doet moeite om verandering te realiseren.	Startmodule
		De cliënt heeft zicht op de nadelen en voordelen van het plegen van vermogensdelicten en vindt de nadelen zo zwaar wegen dat hij bereid is om te werken aan de behandeldoelen	
	Een tekort aan oplossingsvaardigheden die nodig zijn bij lastige situaties.	De cliënt heeft voldoende inzicht in eigen (achtergrond)problematiek	Bij start van elke sessie, ongeacht de module
		De cliënt is in staat om alledaagse problemen op te lossen.	
1. Antisociale persoonlijkheidsprofiel staat op de voorgrond	Beperkte motivatie en/of behandeltrouw.	Cliënt ervaart meer motivatie en/of minder negatieve emoties en problemen door te werken aan het verkrijgen van	Tweede hoofdstuk uit de module oplossingsvaardigheden
	Het hebben van criminele vriendenkring en/of familieleden die crimineel gedrag goedkeuren en/of belonen (Servaes et al.	De cliënt heeft afstand genomen van risicosystemen uit zijn netwerk en is in staat om negatieve invloed	Netwerkmodule
	Een tekort aan steunende netwerkleden.	De cliënt realiseert meer steun van iemand uit zijn netwerk. Relevante systeemleden worden gestimuleerd om te ondersteunen bij het naleven van het preventieplan.	
	De aanwezigheid van disfunctionele cognities (schema's) direct of indirect gerelateerd aan antisociaal gedrag (Loughran et al., 2016; Waller et al., 2020).	De cliënt heeft minder disfunctionele cognities die het plegen van vermogensdelicten goedpraten en/of leiden tot het plegen van vermogensdelicten.	Module Invloed van het denken
	Een tekort aan oplossingsvaardigheden die nodig zijn bij situaties die lastig worden gevonden (Bonta & Andrews, 2017;	De cliënt beschikt over meer oplossingsvaardigheden om dynamische structurele stressoren te verminderen.	Module oplossingsvaardigheden

	Fischer et al., 2012; Van Horn et al., 2016; Servaas et al., 2021; Van Dorp, 2019).	Het betreft stressoren voortkomend uit het ontbreken van een instabiele woonplek en/of te weinig inkomen en/of schulden.	
2. Inadequate coping	Een tekort aan steunende netwerkleden.	De cliënt realiseert meer steun van beschermende systemen uit zijn netwerk kan realiseren. Systeemleden (evt. verder van cliënt af) worden uitgenodigd om te helpen bij het naleven van het preventieplan.	Netwerkmodule
	De aanwezigheid van een beperkte impulscontrole / zelfcontrole (DeLisi & Vaughn, 2014; Lee et al., 2017; Maneiro et al, 2017).	De cliënt kan impulsen en dranggevoelens beter herkennen.	Zelfbeheersingsmodule
		De cliënt kan adequate beheersingsvaardigheden toepassen en daardoor de drang tot het plegen van vermogensdelicten beter onder controle houden.	
	Het hebben van een tekort aan emotieregulatievaardigheden	Het geloof in eigen kunnen is verbeterd waardoor de reflectie over eigen handelen minder negatieve emoties oproept.	Module Zelfbeeld
		De cliënt kan positieve emotionaliteit ervaren en zich positief opstellen.	Module Emotieregulatie
		De cliënt kan zijn emoties reguleren. Hij herkent zijn emoties en kan deze zo vormgeven dat verwerking/loslaten mogelijk is. Ook kan cliënt hierdoor met minder negatief oordeel naar zichzelf kijken.	
	De aanwezigheid van disfunctionele cognities (schema's) direct of indirect gerelateerd aan antisociaal gedrag (Loughran et al., 2016; Waller et al., 2020).	De cliënt heeft minder disfunctionele cognities die het geloof in eigen kunnen en/of het zelfbeeld ondermijnen.	Module Zelfbeeld en Invloed van het denken
Een tekort aan oplossingsvaardigheden die nodig zijn bij lastige situaties	Het zelfbeeld van de cliënt is verbeterd, meer helpend en realistisch geworden. De cliënt ervaart dagelijks op verschillende momenten een tevreden gevoel over zichzelf,	Module Zelfbeeld	

		waardoor zij meer toegerust voelen om met lastige situaties om te gaan.	
3. Problematisch middelengebruik i.c.m. antisociaal gedrag	Het hebben van criminele vriendenkring en/of familieleden die crimineel gedrag goedkeuren en/of belonen (Servaas et al., 2021; Fischer, et al., 2012).	De cliënt heeft afstand genomen van risicosystemen uit zijn netwerk. De cliënt is in staat om negatieve invloed (groepsdruk) te weerstaan.	Netwerk Module
	Een tekort aan steunende netwerkleden	Ce cliënt realiseert meer steun vanuit zijn (professionele) netwerk, indien nodig wordt hiervoor het netwerk uitgebreid Relevante systeemleden (evt. verder van cliënt af) worden uitgenodigd om te helpen bij het naleven van het preventieplan.	
	De aanwezigheid van een beperkte impulscontrole / zelfcontrole (DeLisi & Vaughn, 2014; Lee et al., 2017; Maneiro et al, 2017).	De cliënt kan impulsen en dranggevoelens beter herkennen. De cliënt kan adequate beheersingsvaardigheden toepassen en daardoor de drang tot PMG en/of het plegen van vermogensdelicten beter onder controle houden.	
	Het hebben van een tekort aan emotieregulatievaardigheden	De cliënt kan positieve emotionaliteit ervaren en zich positief opstellen. De cliënt kan zijn emoties reguleren. Hij herkent zijn emoties en kan deze zo vormgeven dat verwerking/loslaten mogelijk is. Ook kan cliënt hierdoor met minder negatief oordeel naar zichzelf kijken.	Module Emotieregulatie
	De aanwezigheid van disfunctionele cognities (schema's) direct of indirect gerelateerd aan antisociaal gedrag (Loughran et al., 2016; Waller et al., 2020).	De cliënt heeft minder disfunctionele cognities die leiden tot het plegen van vermogensdelicten en/of het plegen van vermogensdelicten goedpraten..	Module Invloed van het denken
	Een tekort aan oplossingsvaardigheden die	De cliënt beschikt over meer	Module oplossingsvaardigheden

	nodig zijn bij situaties die lastig worden gevonden (Bonta & Andrews, 2017; Fischer et al., 2012; Van Horn et al., 2016; Servaas et al., 2021; Van Dorp, 2019).	oplossingsvaardigheden om dynamische structurele stressoren te verminderen. Stressoren voortkomend uit niet hebben van vaste woonplek, te weinig inkomen en/of schulden verminderd.	
	De aanwezigheid van problematisch middelengebruik	Het problematisch middelengebruik van de cliënt is onder controle en versterkt het plegen van vermogensdelicten niet.	CGT bij middelengebruik en gokken

Er kan ook sprake zijn van de volgende risicofactor:

De aanwezigheid van ADHD en/of traumagerelateerde klachten en problematisch middelengebruik (bij subdoelgroep 1⁸ en 2).

N.B. Soms wordt er ook voor gekozen om te werken aan deze risicofactoren voor het verbeteren van de responsiviteit (leerbaarheid). De problematiek wordt behandeld volgens de standaard multidisciplinaire richtlijnen van de GGZ.

Verantwoording

Het huidige behandelprogramma maakt gebruik van de RNR-principes (*risk, need en responsivity*, oftewel, het risicoprincipe, behoefteprincipe en responsiviteitsprincipe (Bonta & Andrews, 2017).

Het risicoprincipe houdt in dat de intensiteit van de behandeling wordt afgestemd op het recidiverisico van de cliënt. De behandeling van cliënten met een hoog recidiverisico vraagt om een intensievere en langdurige behandeling, dan cliënten met een matig recidiverisico. Het behoefteprincipe maakt duidelijk dat de behandeling gericht moet zijn op de specifieke dynamische criminogene risicofactoren die op de cliënt van toepassing zijn; bij dit zorgprogramma geldt de indeling per subdoelgroep zoals weergegeven in bovenstaand overzicht. Gebleken is dat behandeling van verschillende risicofactoren bij 'high risk' daders leidt tot vermindering van recidive (Peterson et al., 2014; Servaas, et al., 2021). Het responsiviteitsprincipe is onder te verdelen in algemene en specifieke responsiviteit. Algemene responsiviteit is gericht op het toepassen van technieken die bij cliënten met delictgedrag effectief blijken te zijn (Bonta & Andrews, 2017). Specifieke responsiviteit staat voor het zorgdragen voor een goede afstemming tussen de cliënt en de behandelaar (Menger & Krechtig, 2008). Om dit te realiseren is het van belang dat de behandelaar kijkt naar de persoonlijkheid (Van den Hurk & Nelissen, 2004), de intellectuele cognitieve en sociale (on)mogelijkheden (Verdonck & Jaspaert, 2009), de aard van de problematiek (Bonta, 1995), de behandelmotivatie (Menger & Krechtig, 2008) en de 'leerstijl' (Boendermaker, 2008) van de cliënt.

Uitwerking RNR-principes gerelateerd aan het Zorgprogramma Vermogen

De RNR-principes zijn zo vormgegeven dat er een behandeling op maat kan worden aangeboden door de duur en intensiteit aan te laten sluiten op het recidiverisico van de cliënt en door de needs te behandelen die aan de orde zijn bij de cliënt/subdoelgroep. Verder wordt er gewerkt met werkzame elementen die bij cliënten met delictgedrag veelbelovend zijn.

A: Risicobeginsel

Er wordt voldaan aan het risicoprincipe door eerst een risicotaxatie te doen middels de FARE. Het is van belang dat de behandelaar met dit instrument ontrafelt **hoe** de verschillende criminogene risico- en protectieve factoren op elkaar hebben ingespeeld en hebben geleid tot een matig of hoog tot zeer hoog risicoprofiel. Minstens zo belangrijk is vervolgens het maken van een probleemverheldering (functie- en/of betekenisanalyse). Op deze manier kan de behandelaar beter beschrijven wat de onderliggende problematiek

⁸ Bij subdoelgroep 1 kan ook sprake zijn van problematisch middelengebruik, maar het antisociale persoonlijkheidsprofiel en identificatie met het criminele bestaan staat dan meer op de voorgrond.

is van het plegen van vermogensdelicten en wordt het mogelijk om de cliënt in te delen in een van de drie subdoelgroepen.

B: Behoeftebeginsel

Er wordt aan het behoefteprincipe voldaan door aan de hand van de uitkomst van het risicotaxatie-instrument en informatie van de verwijzer, de cliënt en het netwerk⁹, te onderzoeken welke criminogene risicofactoren die in het verklaringsmodel aan de orde zijn gekomen, bij de cliënt een rol spelen. Vervolgens wordt maatwerk gerealiseerd door een modulair behandelprogramma aan te bieden dat per subdoelgroep bestaat uit standaard en optionele modules die inspelen op het verminderen van de criminogene risicofactoren die een rol hebben gespeeld bij de ontwikkeling van het plegen van vermogensdelicten. Verder is het nodig om ondersteunende begeleiding/therapie in te zetten parallel aan het zorgprogramma, als er sprake is van kritische risicofactoren die het zorgprogramma niet behandelt door middel van een module. Denk bijvoorbeeld aan het psychiatrisch consult in verband met ADHD of traumagerelateerde klachten. In de algemene programmahandleiding worden adviezen meegegeven over hoe de behandeling van ADHD, problematisch middelenmisbruik en trauma's vormgegeven dient te worden.

C. Responsiviteitsbeginsel

Om aan te sluiten bij de **algemene responsiviteit** van vermogensdelinquenten wordt bij alle subdoelgroepen gebruik gemaakt van cognitief gedragstherapeutische elementen in combinatie met ervaringsgerichte oefeningen en de toepassing van eHealth. Als de module stressreductie en zelfbeheersing van toepassing is, wordt er ook gewerkt met bewerkte mindfulness-oefeningen.

Cognitief-gedragstherapeutische elementen.

Uit studies over de behandeling van volwassen die delinquent gedrag vertonen, blijken cognitief-gedragstherapeutische (CGT) technieken te werken (Bonta & Andrews, 2017; Hofmann et al., 2012; Mitchell et al., 2018). CGT is onder andere gebaseerd op de sociale en cognitieve leertheorie. Bij de cognitieve leertheorie/cognitieve psychologie staan het weten en de gedachten (de cognitie) centraal, gecombineerd met het begrijpen van emoties (DiGiuseppe et al., 2013). De cognitieve psychologie richt zich direct op het interne denkgedrag van de mens en gaat ervan uit dat disfunctioneel gedrag ontstaat door de wijze waarop mensen het gedrag van anderen interpreteren en de wijze waarop deze informatie wordt verwerkt en sluit daarmee perfect aan op de sociale informatieverwerkingstheorie. Het leren toepassen van helpende cognities (Landenberger & Lipsey, 2005) is een belangrijk CGT-onderdeel dat bij alle drie de subdoelgroepen uit het zorgprogramma wordt toegepast, vooral bij de module Zelfbeeld en Invloed van het denken. Zo ook het aanleren van probleemoplossingsvaardigheden en gedragsalternatieven (Andrews & Bonta, 2010; Lipsey et al., 2007). CGT-programma's dragen bij aan het reduceren van recidive (Mitchell et al., 2018).

Mindfulness-oefeningen

Mindfulness (Kabat-Zinn, 1998) wordt bij verschillende modules ingezet (vooral Stressreductie en Zelfbeheersing). Om die reden wordt het vooral aangeboden bij subdoelgroep 2 en 3. Vaak gaat het om (bewerkte) oefeningen gericht op het leren focussen. Hierbij gaat het niet alleen op het naar binnen leren richten van de aandacht, maar juist ook naar buiten. Het naar buiten leren richten van de aandacht is van belang om meer grip te krijgen op de dranggevoelens (verplaatsen van de aandacht). Het naar buiten en binnen richten van de aandacht helpt meer rust te ervaren, hierdoor kunnen impulsen en dranggevoelens beter worden waargenomen, maar lukt het ook gemakkelijker om er afstand van te nemen. Mindfulness helpt in het algemeen bij het verminderen van diverse klachten (Schnitzler, Christenhusz, 2016). Bij een gevangenispopulatie met psychiatrische problemen wordt enigszins een effect van MBCT gevonden op angst- en depressieve klachten (Yoon et al., 2017). Mindfulness helpt bij het reduceren van impulsiviteit en stress bij mensen die crimineel gedrag vertonen (Morley, 2018; Shonin et al., 2013). Er is echter nog een gebrek aan goed methodologisch onderzoek om definitieve conclusies te kunnen trekken (Alsubaie et al., 2017).

Toepassen van ervaringsgerichte oefeningen

⁹ *Mocht het netwerk en zelfbeeld in orde zijn, dan wordt er alsnog ingezet op het versterken van deze factoren, omdat dit de responsiviteit verbetert. Dit betekent dat relevante systeemleden altijd betrokken worden bij het bieden van ondersteuning, onder andere voor het naleven van het preventieplan. Relevante systeemleden zijn dus minimaal betrokken bij het bespreken van het preventieplan en de behandelbeoordelingen en worden uitgenodigd om mee te denken over de probleemanalyse als de cliënt dit toestaat.

Bij het Zorgprogramma Vermogen is het toepassen van experiëntiële (ervaringsgerichte) oefeningen essentieel. Denk hierbij aan verschillende vormen van rollenspelen, stoelentechnieken, ontspanningsoefeningen en imaginatie oefeningen. Het is bekend dat het toepassen van rollenspelen en andere ervaringsgerichte oefeningen effectief is voor het verminderen van externaliserende gedragsproblemen bij adolescenten (Lin & Bratton, 2015; Sukhodolsky et al., 2016) en volwassenen (van den Bosch et al., 2018). De ervaringsgerichte technieken worden vooral ingezet voor het verkrijgen van meer inzicht in eigen denkwijze en gevoelens, het reguleren van de emoties en om zo op een andere manier betekenis te kunnen geven aan nare ervaringen. Tevens worden ze ingezet om concreet te oefenen met het innemen van verschillende perspectieven (Walker & Murachver, 2012) en rolleving in een persoon die tegenovergesteld denkt aan de cliënt om zo meer flexibiliteit te bewerkstelligen m.b.t. disfunctionele cognities.

Gebruikmaking van eHealth

Het gebruik van eHealth kan de motivatie voor behandeling vergroten en wordt over het algemeen als positief ervaren door zowel forensische cliënten als behandelaars (Kip et al., 2018; Martens & Metselaar, 2014). Rekening houdend met het feit dat niet elke cliënt gebruik wil en kan maken van technologie, is ehealth een belangrijke troef om in te zetten met betrekking tot continuïteit. eHealth kan ondersteunen in de communicatie tussen de behandelafspraken in, wat cliënten als prettig ervaren. Naast dat het gebruik van eHealth effectief is bevonden in de forensische ggz (Kip et al., 2018) zijn er aanwijzingen dat eHealth-gebruik behandeltrouw vergroot (Naslund et al., 2015). De Startmodule wordt standaard ook als eHealth aangeboden, zo ook de groepsmodule voor winkeldievegges en het onderdeel over meer positiviteit in je leven. Verder wordt het gebruik van dagboeken gestimuleerd.

Om tegemoet te komen aan de **specifieke responsiviteit**, besteedt het zorgprogramma aandacht aan een responsief aanbod en aan motivatie op maat. Het gaat om de volgende interventies:

a. Basishouding

Om verandering te realiseren is het een randvoorwaarde dat de behandelaar zorgt voor een behandelrelatie waarin de cliënt contact durft aan te gaan (Taylor et al., 2015; Tschuschke, et al., 2015; Will et al., 2016). Het is essentieel dat de behandelaar de cliënt valideert (empathie tonen en het onder woorden brengen wat de ander voelt en denkt; Linehan et al., 1999; Holländare, et al., 2016; Voutilainen, et al., 2018). Deze basishouding wordt gedurende de hele behandeling toegepast, het zorgt voor verbinding, een betere emotieregulatie en vergroot de specifieke responsiviteit (Hoogsteder et al., 2015).

b. Sensitief voor een responsief aanbod

Het zorgprogramma voldoet aan het specifieke responsiviteitsprincipe door het werkmateriaal en de inhoud van de behandeling af te stemmen op de behandelmotivatie, cognitieve capaciteiten, de leerstijl en het leertempo van de cliënt. Het werkmateriaal is bijvoorbeeld geschikt voor zowel cliënten met een laag-gemiddelde intelligentie als voor cliënten met een hoge intelligentie. Rollenspellen kunnen variëren in moeilijkheidsgraad, bovendien worden er in de modules diverse oefeningen beschreven voor het behalen van hetzelfde subdoel. De behandelaar kiest samen met de cliënt voor oefeningen die het beste aansluiten op diens leerstijl en interesses. De duur van de module wordt bepaald door het leertempo van de cliënt. Tevens kan worden gekozen voor verschillende thuisopdrachten, wederom afhankelijk van leerstijl en de hulpvraag.

c. Verbeteren van zelfeffectiviteit en het geloof in eigen kunnen

De theorie van Bandura (1997) wordt door de behandelaar ingezet om verandering te stimuleren. Bandura stelt dat verbetering in de mate van 'zelfeffectiviteit' een belangrijk mechanisme is voor leren en het veranderen van gedrag. Een goede en realistische zelfeffectiviteit vergroot de leerbaarheid, waardoor nieuw gedrag gemakkelijker aan te leren is. Zelfeffectiviteit gaat over het geloof in eigen kunnen op het gebied van de zelfregulatie en de mate van motivatie. Er zijn diverse aanwijzingen dat het verbeteren van het geloof in eigen kunnen invloed heeft op de motivatie en de behaalde resultaten (Briones-Rodriguez, et al., 2016; Burnette et al., 2013; Maddux, 2005). Zelfeffectiviteit wordt gevormd door ervaring, sociale modellen, kerngedachten, de mate van ervaren stress en negatieve emoties (Bandura, 1997). Volgens Bandura is er sprake van weinig geloof in eigen kunnen als een mens vele negatieve ervaringen heeft opgedaan. De behandelaar zal om die reden de cliënt voldoende empoweren en succeservaringen op laten doen.

d. Het Good Lives Model (Ward & Brown, 2004) behelst het identificeren van belangrijke basisbehoeften bij de cliënt. Het GLM is te karakteriseren als een vorm van positieve psychologie die er vanuit gaat dat mensen van nature actieve, doelgerichte wezens zijn, die voortdurend doel en betekenis willen geven aan hun leven. Inspelen op de sterke eigenschappen van de cliënt, en de doelen die de cliënt zelf graag wil bereiken, vergroot zo de responsiviteit en het welzijn van de cliënt; dit kan opgevat worden als een beschermende factor. Deze manier van werken ondersteunt zowel de verandermotivatie van de cliënt als de therapeutische alliantie (Willis et al., 2013). Deze manier van werken sluit goed aan bij het RNR-denken. Criminogene risicofactoren die een rol spelen bij de doelgroep zorgen immers vaak voor problemen in de vervulling van een levensbehoefte (Willis et al., 2013). Deze interventie wordt in ieder geval ingezet bij subdoelgroep 1. De ervaring leert dat vooral deze subdoelgroep ontvankelijk is voor deze benadering, vooral ook omdat ze weinig motivatie en lijdensdruk ervaren. De cliënt, wordt gestimuleerd om voor hem belangrijke levensbehoeften op een adequate manier te vervullen en dus ook te werken aan het verminderen van criminogene risicofactoren. De interventie is uitgeschreven in het tweede hoofdstuk uit de module Oplossingsvaardigheden aangeboden. In de startmodule wordt getoetst of dit van toepassing is.

e. Doorlopend motiveren

Aangezien vooral subdoelgroep 1 gedemotiveerd is en dit bij subdoelgroep 2 en 3 ambivalent kan zijn, zet de behandelaar doorlopend verschillende motivatietechnieken in om motivatieverandering te stimuleren. Hierbij is het van belang dat de toegepaste technieken aansluiten bij het motivatieniveau van de cliënt en inspelen op de verschillende domeinen die de motivatie kunnen beïnvloeden. Het Zorgprogramma Vermogen benadert motivatie als een veranderbaar begrip dat o.a. wordt bepaald door een proces waarbij de cliënt, zijn omgeving en de behandelaar interacteren (Rovers, 2010). Motivatie verschilt per tijdstip en situatie en kan zowel door interne (emotionele en cognitieve) als externe factoren (zoals de mate van responsief aanbod, aanwezigheid van een steunend systeem en mate waarin life events aan de orde zijn) beïnvloed worden (Gale et al., 2018; Verdonck & Jaspaert, 2009).

Voorbeelden van relevante motivatietechnieken die in het zorgprogramma worden ingezet, zijn:

1. Het aangaan van contact, het opbouwen van een werkalliantie en in voldoende mate valideren (Taylor et al., 2015; Voutilainen, et al., 2018);
2. Er wordt gewerkt aan het verbeteren van de zelfeffectiviteit, geloof in eigen kunnen (Briones-Rodriguez, et al., 2016);
3. Er worden hulpbronnen ingezet om verandering te bereiken, zoals lotgenoten of steunende systeemleden.
4. Er wordt aangesloten bij het eigenbelang van de cliënt. Tot welke nadelen leidt het plegen van vermogensdelicten op de lange termijn voor de cliënt?
5. Ook wordt gewerkt met onderdelen uit het Good Lives Model (Ward et al., 2010). Door aan te sluiten bij de levensbehoeften en -doelen die een cliënt essentieel vindt, wordt de motivatie versterkt en wordt de ontwikkeling van beschermende factoren gestimuleerd.

4. Onderzoek

Onderzoek naar de uitvoering

- A.** Procesevaluatie van het Zorgprogramma Vermogen voor Volwassenen Ambulant.
Larissa Hoogsteder, Rishma Khubsing en Pim Oomen.
De Waag, Utrecht.
Juni 2021.
- B.** Tijdens het procesonderzoek is via interviews een beeld gegeven van implementatie en draagvlak van het zorgprogramma op de verschillende vestigingen van de Waag. De programmaverantwoordelijken (behandelaren die per vestiging de taak hebben om de kwaliteit te waarborgen en het zorgprogramma aan te bieden zoals bedoeld) kregen in deze periode ook de gelegenheid om verbeter suggesties aan te dragen. Ook zijn er acties geformuleerd en uitgevoerd om een deel van de verbeter suggesties te realiseren. Vervolgens is onderzocht of er voldaan werd aan de nodige randvoorwaarden van het Zorgprogramma Vermogen. Denk hierbij aan de vraag of de beoogde doelgroep daadwerkelijk is bereikt en of de behandelaars voldeden aan de opleidingseisen. Ook is onderzocht of in voldoende mate aan de programma-integriteit was voldaan. Om de programma-integriteit te beoordelen is onder andere stilgestaan bij de toepassing van de werkzame elementen, de duur en intensiteit van het zorgprogramma en of de geïndiceerde modules wel zijn aangeboden. Voor de beantwoording van deze onderzoeksvragen werd een combinatie van meerdere methoden gebruikt, namelijk vragenlijsten / interviews met programmaverantwoordelijken, cliënten en behandelaars over de uitgevoerde therapie sessies, en de uitkomst van de eindexamenformulieren die bij de interventie horen om de programma-integriteit over de gehele behandeling te kunnen beoordelen. De informatie die in dit onderzoek wordt weergegeven, is gebaseerd op gegevens die in de Waag zijn verzameld in de periode van het eerste kwartaal van 2019 tot en met augustus 2020. Er werden hierbij 9 programmaverantwoordelijken betrokken, 12 behandelaars en 14 cliënten.
- C.** Samenvattend kan worden gesteld dat de procesevaluatie heeft laten zien dat er voldoende draagvlak was voor het zorgprogramma, er zijn echter ook diverse verbeterpunten geformuleerd en uitgevoerd die helpen om de implementatie en borging te verbeteren. Tijdens de beoordeling van de kwaliteit en het niveau van de programma-integriteit bleek dat er aan de randvoorwaarden was voldaan, het zorgprogramma werd aangeboden aan de beoogde doelgroep en de behandelaars voldeden aan de opleidingseisen en de nodige competenties om de behandeling uit te voeren. Verder bleek de programma-integriteit in orde. Er werd op groepsniveau (gemiddelde uitkomst van alle behandelingen) een score van 84,0% gehaald (minimale vereiste was 80%), hierbij werd vooral bekeken of over een periode van vier weken de werkzame elementen werden toegepast tijdens de therapie sessies. Bij de beoordeling werd gebruik gemaakt van de rapportage van de cliënten en de behandelaars. Als aandachtspunten kwam naar voren dat er te weinig met huiswerk opdrachten werd gewerkt. Dit punt kreeg de laagste beoordeling, maar was nog steeds op groepsniveau voldoende. Verder werd soms het samenvatten van een sessie-bijeenkomst ter afronding van de behandeling vergeten. Ook werd er tijdens de beoordeelde periode niet altijd in voldoende mate met ervaringsgerichte oefeningen gewerkt. Iets meer dan 25% van de uitgevoerde sessies bleek op individueel niveau onder de 80% uit te komen. De laagste score betrof bij de cliënten een 69,2% en bij de behandelaars een 56,3%. De programma-integriteit bleek positief als er gekeken werd naar de hele behandeling. Er is een score van 80,8% gehaald, gerapporteerd door de behandelaars (minimaal was 75%). Cliënten rapporteerden een hogere score (94,3%), maar bij hen is naar minder werkzame elementen gevraagd, denk bijvoorbeeld aan gebruikmaking van intervisie, en in hoeverre alle modules/onderdelen zijn aangeboden die aansloten bij de problematiek. Van alle beoordeelde behandelingen werden drie behandelingen onvoldoende uitgevoerd, de laagste score was 57,1%. Behandelaars vinden dat de behandeling helpt en waarderen dat met een 7.2. Over de meeste werkzame elementen zijn behandelaars positief. Opvallend is dat ze bijna allemaal aangeven dat de behandelduur en frequentie aansloot bij de ernst van de problematiek, terwijl uit dossieronderzoek blijkt dat cliënten met hoog recidiverisico juist veel minder behandeld werden dan volgens de richtlijnen zou moeten, en in een enkel geval de behandeling juist te lang duurde. Behandelaren waren minder positief over de intervisiemogelijkheden. Sommigen gaven aan dat ze te weinig intervisie hadden gevolgd, ook kwam het voor dat de intervisie niet zorgde voor meer effectiviteit of kwaliteit.

De cliënten beoordeelden het zorgprogramma met een 8. De mate waarin zij grip op hun problemen hadden werd bij aanvang gescoord met een 4.3 en bij afronding van de behandeling met een 8.3. Ze gaven een 7.3 op de vraag in hoeverre het zorgprogramma geholpen heeft om meer grip te krijgen op de problemen die bij hen spelen. Verder scoorden zij de vraag of ze vertrouwen hebben door het volgen van de behandeling geen vermogensdelicten meer te zullen plegen met een 7,8.

5. Samenvatting Werkzame elementen

- 1) Toepassen van het RNR-model (Brogan et al., 2015; Bonta & Andrews, 2017; Koehler et al., 2013);
- 2) Voortdurend aandacht voor het aangaan van contact en het opbouwen/behouden van een werkbare behandelrelatie / werkalliantie;
- 3) Valideren (empathie tonen, vanuit verbinding en vertraging de cliënt stimuleren om emoties waar te nemen en te ervaren, zo ook oordeelsvrij onderzoeken wat de ander voelt en denkt; Linehan et al., 1999);
- 4) De behandelaar is in staat zijn/haar waardeoordeel op te schorten als dit nodig is om te voorkomen dat de cliënt zijn eigen disfunctionele overtuigingen gaat verdedigen en zich hierdoor nog meer identificeert met deze denkwijze (Ward & Heffernan, 2017);
- 5) Doorlopend motiveren door het toepassen van de motivatietechnieken die onderdeel zijn van het zorgprogramma (Gale et al., 2018; Norcross et al., 2011; Rovers, 2010);
- 6) Het structureel werken aan probleemoplossingsvaardigheden (Blake & Hamrin, 2007);
- 7) Het toepassen van cognitieve gedragstherapeutische technieken (Mitchell, Tafrate & Hogen, 2018; Bonta & Andrews, 2017; Landenberger & Lipsey, 2005; Lipsey et al., 2007);
- 8) Het toevoegen van mindfulness-based interventies (e.g., Morley, 2018) en andere vormen van ervaringsgerichte oefeningen;
- 9) Ondersteuning via eHealth-modules (startmodule, groepsmodule en dagboeken);
- 10) Het werken met een preventieplan en een levenslijn.
- 11) Het betrekken van relevante systeemleden voor het verkrijgen van steun en het naleven van het preventieplan.

6. Aangehaalde literatuur

- Alsubaie, M., Abbott, R., Dunn, B., Dickens, C., Keil, T.F., Henley, W., Kuyken, W. (2017). Mechanisms of action in mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) and mindfulness-based stress reduction (MBSR) in people with physical and/or psychological conditions: A systematic review. *Clinical Psychology Review* 55, 74–91
- Andrews, D.A., & Bonta. J. (2010). *Rehabilitating criminal justice policy and practice*. Psychology, Public Policy, and Law. Vol. 16(1), pp. 39-55. Ottawa: American Psychological Association.
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy and health behaviour. *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*, 160-162.
- Bechtold, J., Cavanagh, C., Shulman, E. P., & Cauffman, E. (2014). Does mother know best? Adolescent and mother reports of impulsivity and subsequent delinquency. *Journal of youth and adolescence*, 43(11), 1903-1913.
- Beerthuisen, M.G., Tollenaar, N., Van der Laan, A.M. (2018). *Monitor veelplegers 2017*. Cahier 2018-5, Wetenschappelijke Onderzoek- en Documentatiecentrum.
- Beijersbergen, K.A., Blokdijk, D., Weijters, G. (2018). *Recidive na high impact crimes*. Cahier 2018-3, Wetenschappelijke Onderzoek- en Documentatiecentrum.
- Belmi, P., Barragan, R. C., Neale, M. A., & Cohen, G. L. (2015). Threats to social identity can trigger social deviance. *Personality and social psychology bulletin*, 41(4), 467-484.
- Bennett, T., Holloway, K., & Farrington, D. (2008). The statistical association between drug misuse and crime: A meta-analysis. *Aggression and violent behavior*, 13(2), 107-118.
- Blake, C. S., & Hamrin, V. (2007). Current approaches to the assessment and management of anger and aggression in youth: A review. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 20(4), 209-221.
- Boendermaker, L. (2008). De professional als uitvoerder van effectieve interventies. In B. Rovers & M. Kooijmans (Eds.), *Werken met risicjongeren. Handboek voor sociale professionals* (pp. 41-52). 's Hertogenbosch: Drukkerij NPC bv.
- Boduszek, D., Adamson, G., Shevlin, M., Hyland, P., & Bourke, A. (2013). The Role of Criminal Social Identity in the Relationship between Criminal Friends and Criminal Thinking Style within a Sample of Recidivistic Prisoners. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*. 23 (1), 14-28.
- Bonta, J. (1995). The responsivity principle and offender rehabilitation. *Forum on Corrections Research*, 7, 34-37.
- Bonta, J., Andrews, D. A. (2017). *The psychology of criminal conduct* (6th ed.). Routledge.
- Bovenkerk, F., & Leuw, E. (2007). Criminologische kennis en de toepasbaarheid daarvan. *Den Haag: WODC*.
- Briones-Rodriguez, C., Morales-Martinez, G. E., Santos-Alcantara, M. G., Lopez-Ramirez, E. O., & Urdiales-Ibarra, M. E. (2016). Cognitive algebra underlying high school students self-efficacy judgment to solve mathematical problems in the classroom or online. *International Journal of Education*, 8(2), 136-148.
- Brogan, L., Haney-Caron, E., NeMoyer, A., DeMatteo, D. (2015). Applying the risk-needs-responsivity (RNR) model to juvenile justice. *Criminal Justice Review*, 40(3), 277–302.
- Burnette, J. L., O'boyle, E. H., VanEpps, E. M., Pollack, J. M., & Finkel, E. J. (2013). Mind-sets matter: a meta-analytic review of implicit theories and self-regulation. *Psychological Bulletin*, 139(3), 655.
- Capowich, G. E., Mazerolle, P., & Piquero, A. (2001). General strain theory, situational anger, and social networks: An assessment of conditioning influences. *Journal of Criminal Justice*, 29(5), 445-461.
- Centraal Bureau voor de Statistiek, Statline, website <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/laatste-update-juni-2021,geraadpleegd-op-10-juni-2021>.
- Cohen, M. A., & Piquero, A. R. (2015). Benefits and costs of a targeted intervention program for youthful offenders: The YouthBuild USA Offender Project. *Available at SSRN 1154055*.
- Colins, O., Vermeiren, R., Schuyten, G., Broekaert, E. (2009). Psychiatric disorders in property, violent, and versatile offending detained male adolescents. *American Journal of Orthopsychiatry*, Vol 79(1), 31-38.
- Colman, C., & Vander Laenen, F. (2012). "Recovery came first": Desistance versus recovery in the criminal careers of drug-using offenders. *The Scientific World Journal*, 2012.
- Cornish, D., & Clarke, R. (1986). Situational prevention, displacement of crime and rational choice theory. *Situational crime prevention: From theory into practice*, 1-16.
- Cromwell, P., & Thurman, Q. (2003). the devil made me do it: use of neutralizations by shoplifters. *Deviant Behavior*, 24(6), 535-550.

- Cromwell, P.F & Olson, J.N. (2006), *The Reasoning Burglar, motives and decisionmaking strategies*. Belmont CA: Wadworth Publishing Company (pp. 42-56)
- Cronley, C., Jeong, S., Davis, J.B., Madden, E. (2015). Effects of Homelessness and Child Maltreatment on the Likelihood of Engaging in Property and Violent Crime During Adulthood, *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 25, 192-203.
- DeLisi, M., & Vaughn, M. G. (2014). Foundation for a temperament-based theory of antisocial behavior and criminal justice system involvement. *Journal of Criminal Justice*, 42(1), 10–25.
<http://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2013.11.001>
- DiGiuseppe, R., Doyle, K., Dryden, W., & Backx, W. (2013). *A practitioner's guide to Rational-Emotive Therapy (3rd Ed.)*. Oxford: Oxford University Press.
- Dodge, K.A., & Pettit, G.S. (2003). A biopsychosocial model of the development of chronic conduct problems in adolescence. *Developmental Psychology*, 39, 349-371.
- Eisenberg, M.J., Van Horn, J.E., Van der Put, C.E., Hendriks, J. & Stams, G.J.J.M. (2015). Vooronderzoek 'Kernset Risicofactoren Ambulant Behandelde delinquenten'. Voorspellers voor recidive bij ambulant behandelde zeden-, (huiselijk-)gewelds-en vermogensdelinquenten. Kwaliteit Forensische Zorg.
- Emler, N., & Reicher, S. (1995). *Adolescence and delinquency: The collective management of reputation*. Oxford: Blackwell.
- Farrington, D. P. (2017). Building developmental and life-course theories of offending. In *Taking Stock* (pp. 335-364). Routledge.
- Felson, R. B., & Staff, J. (2017). Committing Economic Crime for Drug Money. *Crime & Delinquency*, 63(4), 375–390.
- Fischer, T.F.C., Captein, W.J.M., Zwirs, B.W.C. (2012) *Gedragsinterventies voor volwassen justitiabelen*. Erasmus Universiteit Rotterdam en WODC. Boom Lemma: Den Haag.
- Gale, J., Clabour, J., & Rayner, K. (2018). Psychologists' understanding of the factors influencing successful treatment in a secure forensic environment. *Journal of Forensic Practice*.
- Grant, J. E., & Chamberlain, S. R. (2018). Symptom severity and its clinical correlates in kleptomania. *Annals of clinical psychiatry : official journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*, 30(2), 97–101
- Hirschi, T., (1969). *Causes of Delinquency*. Berkeley, Los Angeles en Londen: University of California Press.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive therapy and research*, 36(5), 427-440.
- Holländare, F., Gustafsson, S. A., Berglind, M., Grape, F., Carlbring, P., Andersson, G., ... & Tillfors, M. (2016). Therapist behaviours in internet-based cognitive behaviour therapy (ICBT) for depressive symptoms. *Internet Interventions*, 3, 1-7.
- Hooghe, M., Vanhoutte, B., Hardyns, W., & Bircan, T. (2010). Unemployment, inequality, poverty and crime: spatial distribution patterns of criminal acts in Belgium, 2001–06. *The British Journal of Criminology*, 51(1), 1-20.
- Hoogsteder, L. M., Van Horn, J. E., Stams, G. J. J. M., Wissink, I. B., & Hendriks, J. (2016). The relationship between the level of program integrity and pre- and post-test changes of Responsive-Aggression Regulation Therapy (Re-ART) Outpatient: A pilot study. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 60(4), 435–455. <http://doi.org/10.1177/0306624X14554828>
- Hoogsteder, L.M., Khubsing, R., Oomen, P. (2021). *Procesevaluatie van het zorgprogramma Vermogen voor Volwassenen Ambulant*. De Waag.
- Ioannou, M., Canter, D., Youngs, D., & Synnott, J. (2015). Offenders' crime narratives across different types of crimes. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 15(5), 383-400.
- Jonker, F.J.R., Didden, H.C.M., Goedhard, L.E., Korzilius, H.P.L.M., & Nijman, H.L.I. (2021). The Adaptive Ability Performance Test (ADAPT): A new instrument for measuring adaptive skills in people with intellectual disabilities and borderline intellectual functioning. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*
- Kabat-Zinn, J., Wheeler, E., Light, T., Skillings, A., Scharf, M., Cropley, T.G., Hosmer, D., & Bernhard, J. (1998) Influence of a mindfulness-based stress reduction intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis undergoing phototherapy (UVB) and photochemotherapy (PUVA). *Psychosomatic Medicine*, 60, 625-632.
- Kip, H., Bouman, Y. H. A., Kelders, S. M., & van Gemert-Pijnen, L. J. E. W. C. (2018). eHealth in treatment of offenders in forensic mental health: A review of the current state. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 1–19.

- Kleck, G., & Jackson, D. (2016). What kind of joblessness affects crime? A national case-control study of serious property crime. *Journal of Quantitative Criminology*, 32(4), 489–513.
- Kros, M., & Beijersbergen, K. A. (2021). *Achtergronden en recidive onder daders van high impact crimes veroordeeld in 2002-2017*. Cahier 2021-06, WODC.
- Kuklinski, M. R., Fagan, A. A., Hawkins, J. D., Briney, J. S., & Catalano, R. F. (2015). Benefit-cost analysis of a randomized evaluation of Communities That Care: monetizing intervention effects on the initiation of delinquency and substance use through grade 12. *Journal of Experimental Criminology*, 11(2), 165-192.
- Landenberger, N. A., & Lipsey, M. W. (2005). The positive effects of cognitive-behavioral programs for offenders: A meta-analysis of factors associated with effective treatment. *Journal of Experimental Criminology*, 1(4), 451-476.
- Landenberger, N.A., & Lipsey, M.W. (2005). The positive effects of cognitive-behavioral programs for offenders: A meta-analysis of factors associated with effective treatment. *Journal of Experimental Criminology*, 1, 451-476.
- Lee, C. A., Derefinco, K. J., Milich, R., Lynam, D. R., & DeWall, C. N. (2017). Longitudinal and reciprocal relations between delay discounting and crime. *Personality and individual differences*, 111, 193-198.
- Linehan, M. M., Schmidt, H., Dimeff, L. A., Craft, J. C., Kanter, J., & Comtois, K. A. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *American Journal on Addictions*, 8(4), 279-292.
- Linn, E. B. (2016). *Creativity and emotional regulation in gifted children* (Doctoral dissertation, Alliant International University).
- Lipsey, M. W., Landenberger N. A., & Wilson, S. J. (2007). Effects of cognitive-behavioral programs for criminal offenders. *Campbell Systematic Reviews*, 6, 1-27.
- Loughran, T. A., Paternoster, R., Chalfin, A., & Wilson, T. (2016). Can rational choice be considered a general theory of crime? Evidence from individual-level panel data. *Criminology*, 54(1), 86–112.
- Maddux, J. E. (Ed.). (2013). *Self-efficacy, adaptation, and adjustment: Theory, research, and application*. Springer Science & Business Media.
- Maier, S. U., Makwana, A. B., & Hare, T. A. (2015). Acute stress impairs self-control in goal-directed choice by altering multiple functional connections within the brain's decision circuits. *Neuron*, 87(3), 621-631.
- Maneiro, L., Gómez-Fraguela, J., Cutrín, O., & Romero, E. (2017). Impulsivity traits as correlates of antisocial behaviour in adolescents. *Personality and Individual Differences*, 104, 417–422.
doi:10.1016/j.paid.2016.08.045
- Martens, M., & Metselaar, S. (2014). *Digitale zorg verbindt: Ervaringen, wensen en behoeftes van cliënten en naasten die gebruik maken van ambulante GGz*.
- Maruna, S., & Mann, R. E. (2006). A fundamental attribution error? Rethinking cognitive distortions. *Legal and Criminological Psychology*, 11(2), 155-177.
- Menger, A., & Krechtig, L. (2008). *Het delict als maatstaf: Methodiek voor werken in gedwongen kader*. Amsterdam: Uitgeverij SWP/Reclassering Nederland.
- Mitchell D., Tafrate R.C., Hogan T. (2018) Cognitive Behavioral Therapy in Forensic Treatment. In: Jeglic E., Calkins C. (eds.) *New Frontiers in Offender Treatment*. Springer, Cham.
- Mohamad, M., Mohammad, M., Mat Ali, N. A., & Awang, Z. (2018). The impact of life satisfaction on substance abuse: delinquency as a mediator. *International Journal of Adolescence and Youth*, 23(1), 25-35.
- Morley, R.H. (2018). The Impact of Mindfulness Meditation and Self-Compassion on Criminal Impulsivity in a Prisoner Sample. *Journal of Police and Criminal Psychology* vol 33 (2), 118-122.
- Naslund, J. A., Marsch, L. A., McHugo, G. J., & Bartels, S. J. (2015). Emerging mHealth and eHealth interventions for serious mental illness: A review of the literature. *Journal of Mental Health*, 24(5), 321–332.
- Norcross, J. O., Krebs, P. M., & Prochaska, J. O. (2011). Stages of change. *Journal of Clinical Psychology*, 67, 143-154
- Palmer, E.J. (2007). Criminal thinking. In: D. Carson, B. Milne, F. Pakes, K. Shalev, & A. Peterson, J. K., Skeem, J., Kennealy, P., Bray, B., & Zvonkovic, A. (2014). How Often and How Consistently do Symptoms Directly Precede Criminal Behavior Among Offenders With Mental illness? *Law and Human Behavior*. Advance online publication.
- Passini, S. (2012). The delinquency–drug relationship: The influence of social reputation and moral disengagement. *Addictive behaviors*, 37(4), 577-579.

- Rovers, B. 2010. "Motiveren en motivatieproblematiek." *Integraal motiveren in het jongerenwerk van de Twern*, edited by M. Kooijmans. Den Bosch: Expertise centrum veiligheid.
- Ryan, J. P., Williams, A. B., & Courtney, M. E. (2013). Adolescent neglect, juvenile delinquency and the risk of recidivism. *Journal of youth and adolescence*, 42(3), 454-465.
- Sandi, C., & Haller, J. (2015). Stress and the social brain: behavioural effects and neurobiological mechanisms. *Nature Reviews Neuroscience*, 16(5), 290-304.
- Sauter, J., Seewald, K., & Dahle, K. P. (2017). Wirksamkeit ambulanter forensischer Nachsorge--Was wissen wir wirklich? Übersichtsarbeit über den aktuellen Forschungsstand in der Bundesrepublik Deutschland. *Bewahrungshilfe*, 64(2), 146-162.
- Schmidt-Quernheim, F. & Seifert, D. (2014). Evaluation der ambulanten Nachsorge forensischer Patienten (§ 63 StGB) in Nordrhein-Westfalen. *Nervenarzt*, 85 (9), 1133-1143.
- Schnitzler, J., Christenhusz, L. (2016). Effectiviteit van mindfulness-based cognitieve therapie in aanvulling op reguliere zorg bij patiënten met chronische angst en/of depressie. *Tijdschrift voor gedragstherapie en cognitieve therapie* 49 (2).
- Servaas, L.M, Weerman, F.M, & Fischer, T.F.C. (2021). *Risico-, versterkende en beschermende factoren voor crimineel gedrag*. Retrieved from <http://hdl.handle.net/1765/135248>
- Shelton, D., Barta, B., Anderson, e. (2016). Application of biopsychosocial vulnerability-stress model to a criminal justice population. *Journal for evidence-based practice in correctional health*, 1(1).
- Shin, S. H., Cook, A. K., Morris, N. A., McDougale, R., & Groves, L. P. (2016). The different faces of impulsivity as links between childhood maltreatment and young adult crime. *Preventive Medicine*, 158(October 2013), 210–217.
- Shonin, E.S., Van Gordon, W., Slade, K. & Griffiths, M.D. (2013). Mindfulness and other Buddhist-derived interventions in correctional settings: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 18, 365-372.
- Sipowicz, J., & Kujawski, R. (2018). Kleptomania or common theft—Diagnostic and judicial difficulties. *Psychiatria polska*.
- Sutherland, R., Sindicich, N., Barrett, E., Whittaker, E., Peacock, A., Hickey, S., & Burns, L. (2015). Motivations, substance use and other correlates amongst property and violent offenders who regularly inject drugs. *Addictive behaviors*, 45, 207-213.
- Tollenaar, N. & Van der Laan, A.M. (2013). *Veelplegers: specialisten of niet?* Den Haag: WODC.
- Tschuschke, V., Cramer, A., Koehler, M., Berglar, J., Muth, K., Staczan, P., ... & Koemeda-Lutz, M. (2015). The role of therapists' treatment adherence, professional experience, therapeutic alliance, and clients' severity of psychological problems: Prediction of treatment outcome in eight different psychotherapy approaches. Preliminary results of a naturalistic study. *Psychotherapy Research*, 25(4), 420-434.
- Turanovic, J. J., Reisig, M. D., & Pratt, T. C. (2015). Risky lifestyles, low self-control, and violent victimization across gendered pathways to crime. *Journal of Quantitative Criminology*, 31(2), 183-206.
- Van den Bosch, L. M. C., Rijckmans, M. J. N., Decoene, S., & Chapman, A. L. (2018). Treatment of antisocial personality disorder: Development of a practice focused framework. *International Journal of Law and Psychiatry*, 58, 72-78.
- Van den Hurk, A. A. & Nelissen, P. Ph. (2004). 'What Works': een nieuwe benadering van resocialisatie van delinquenten. *Sancties*, 5, 280-297.
- Van der Knaap, L.M., Weijters, G., & Bogaerts, S. (2007). Criminogene problemen onder daders die in aanmerking komen voor gedragsinterventies, *Cahiers*, 7. WODC.
- Van Deth, R. (2017). Disruptieve, impulsbeheersings-en andere gedragsstoornissen. In *Inleiding in de psychopathologie* (pp. 187-199). Bohn Stafleu van Loghum, Houten.
- Van Dorp, M. (2019). Woning, werk en wijf? Dan komt alles goed!. In *Jeugdige delinquenten* (pp. 105-116). Bohn Stafleu van Loghum, Houten.
- Van Horn, J.E., Bogaerts, S., Eisenberg, M.J., Van der Put, C.E., Dekker, J.M., Van den Hanenberg, F.J.A.C. & Bouman, Y.H.A. (2016). Forensisch Ambulante Risico Evaluatie (FARE). Kwaliteit Forensische Zorg.
- Vaske, J., Galyean, K., Cullen F.T. (2011). Toward a biosocial theory of offender rehabilitation: Why does cognitive-behavioral therapy work? *Journal of Criminal Justice* 39, 90–102.
- Verbruggen, J., Blokland, A., & Van der Geest, V.R. (2011). Werk, werkduur en criminaliteit. Effecten van werk en werkduur op criminaliteit in een hoogrisicogroep mannen en vrouwen van 18 tot 32 jaar. *Tijdschrift voor Criminologie*, 53, 116-139.
- Verdonck, E., & Jaspaert, E. (2009). *Motivatie voor gedragsinterventies bij jeugdige justitiabelen*.

- Vogtländer, L. (2014.) *Lijst acute criminogene risicofactoren*. De Waag.
- Voutilainen, L., Henttonen, P., Kahri, M., Ravaja, N., Sams, M., & Peräkylä, A. (2018). Empathy, challenge, and psychophysiological activation in therapist–client interaction. *Frontiers in psychology*, 9, 530.
- Waller, R., Wagner, N. J., Barstead, M. G., Subar, A., Petersen, J. L., Hyde, J. S., & Hyde, L. W. (2020). A meta-analysis of the associations between callous-unemotional traits and empathy, prosociality, and guilt. *Clinical Psychology Review*, 75, 101809.
- Wallinius, M., Johansson, P., Lardén, M., & Dernevik, M. (2011). Self-serving cognitive distortions and antisocial behaviour among adults and adolescents. *Criminal Justice and Behavior*, 38, 286-301.
- Ward, T. (2010). The Good Lives Model of offender rehabilitation: basic assumptions, aetiological commitments, and practice implications. In: F. McNeill, P. Raynor, & C. Trotter (Eds.), *Offender supervision: New directions in theory, research and practice*. New York: Routledge.
- Ward, T., & Brown, M. (2004). The Good Lives Model and conceptual issues in offender rehabilitation. *Psychology, Crime, & Law*, 10, 243-257.
- Ward, T., & Heffernan, R. (2017). The role of values in forensic and correctional rehabilitation. *Aggression and Violent Behavior*, 37, 42-51.
- Wartna, B. S. J., Tollenaar, N., Verweij, S., Timmermans, M., Witvliet, M., & Homburg, G. H. J. (2014). *Terugval in recidive*. Cahier 2014-16, WODC.
- Welsh, B. C., Farrington, D. P., & Taheri, S. A. (2015). Effectiveness and social costs of public area surveillance for crime prevention. *Annual Review of Law and Social Science*, 11, 111-130.
- Will, T., Gessnitzer, S., & Kauffeld, S. (2016). You think you are an empathic coach? Maybe you should think again. The difference between perceptions of empathy vs. empathic behaviour after a person-centred coaching training. *Coaching: An International Journal of Theory, Research and Practice*, 9(1), 53-68.
- Wormith, J. S., & Zidenberg, A. M. (2018). The historical roots, current status, and future applications of the risk-need-responsivity model (RNR). In *New frontiers in offender treatment* (pp. 11-41). Springer, Cham.
- Yoon, I. A., Slade, K., Fazel, S. (2017). Outcomes of Psychological Therapies for Prisoners With Mental Health Problems: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/ccp0000214>
- Zhang, Z. H., Huang, F. R., & Liu, D. H. (2018). Kleptomania: Recent advances in symptoms, etiology and treatment. *Current Medical Science*, 38(5), 937-940.

Samenwerking erkenningstraject

Het erkenningstraject wordt in samenwerking uitgevoerd door het Nederlands Jeugdinstituut (Nji), het RIVM Centrum Gezond Leven (CGL), het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ), het Kenniscentrum Sport, Vilans, het Trimbos Instituut en MOVISIE. Door samen te werken aan het beoordelen van interventies volgens eenduidige criteria streven wij naar kwaliteitsverbetering in de betrokken werkvelden.

